

53-54 MAI 3 1947

ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Diretor: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Secretário: ANTÔNIO SALDANHA LOURES

Rua Pirapitingui, 114 — Telefone, 7-4020

Caixa Postal, 1574 — São Paulo (Brasil)

Assinatura: por 1 ano Cr\$ 50,00 — Numero avulso Cr\$ 5,00

OL. LIII

Janeiro de 1947

N. 1

Sumário:

	Pág.
B. C. G. — recurso sanitário e econômico na luta contra a tuberculose. — Drs. PEDRAL SAMPAIO e A. NOGUEIRA MARTINS.....	7
Embriologia do sistema comprometido no varicocele. — Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO.....	35
Produção Médica de São Paulo:	
Associação Paulista de Medicina:	
Higiene e Medicina Tropical.....	39
Neuropsiquiatria.....	41
Cirurgia.....	42
Pediatria.....	45
Oto-rino-laringologia e cirurgia plastica.....	59
Tisiologia.....	64
Sociedade Médica São Lucas.....	65
Sociedade Brasileira de Proctologia.....	65
Outras sociedades.....	66
Vida Médica de São Paulo:	
Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo....	68
Associação dos Livres-docentes da Universidade de São Paulo.....	72
Sociedade de Medicina da Municipalidade de São Paulo.....	73
Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas....	73
Sociedade Médica de Araraquara.....	73
Hospital e Policlínica São Camilo.....	74
Imprensa Médica de São Paulo:	
Sumário dos últimos números.....	74
Assuntos de atualidade:	
Paludrina dos Estados Unidos para o Brasil.....	75
Centro Médico "Dr. Eurico Branco Ribeiro".....	76
Prêmio de gastroenterologia.....	79
Biblioteca médica do Exército norte-americano....	80
Professor Pedro Belou.....	81
Esclarecimento.....	82
Literatura Médica:	
Livros recebidos.....	82
Teses recebidas.....	86

Triod Zambelletti

Preparado organico tri-iodo-azotado

Máxima eficiencia curativa - Destacado neurotropismo - Ausencia de retenção - Perfeita tolerancia local e geral.

INDICAÇÃO: Artrismo - Artrite deformante - Localizações microbianas e tuberculares - Adenopatias - Afecções parasitéticas - Intoxicações exógenas e endógenas também dos centros nervosos - Arterioesclerose - Polissarcia - Anexitos.

Injeções intra-musculares e endovenosas.

Ampolas de 2 e de 5cc.

Via bucal: comprimidos em vidros de 30

**LAB. ZAMBELETTI LTDA. - CAIXA, 2069
SÃO PAULO**

Uma novidade terapêutica, eficaz e atóxica

GENCITROPINA LABOTHORPE

Formula:

CADA DRAGEA CONTEM:	ADULTOS	INFANTIL
Violeta de genciana . . .	0,06 g	0,02 g
Arrenal	0,03 g	0,01 g
Sulfato de atropina . . .	0,00024 g	0,00008 g
Excipiente q.s. para 1 dragea gastro-refratária		

INDICAÇÕES: Giardia intestinalis, Infestação por Enterobius vermiculares, Estrongiloides, Estercolaris e por Heminolepis.

**LABORATÓRIO BRASILEIRO DE THERAPEUTICA LTDA.
CAIXA POSTAL, 3018 - RUA S. JOAQUIM, 381 - TEL. 6-2955 - S. PAULO**



7
7

so
ci
z

p
in

da
ah
re

ele

nda

Jan
nit
lut

Med. Lib.
Pub. gift

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

SECRETÁRIO: ANTONIO SALDANHA LOURES

Rua Pirapitingui, 114 — Telefone, 7-4020

Caixa Postal, 1574, S. Paulo (Brasil)

Assinatura: por 1 ano . . . Cr \$ 50,00 — Numero avulso . . . Cr \$ 5,00

Vol. LIII

Janeiro de 1947

N. 1

BCG — Recurso sanitário e econômico na luta contra a tuberculose *

Dr. B. Pedral Sampaio

Assistente técnico da Divisão do Serviço de Tuberculose do Departamento de Saúde

e

Dr. A. Nogueira Martins

Diretor da "Liga Paulista Contra a Tuberculose"

TUBERCULOSE — IMPORTANTE PROBLEMA MÉDICO-SOCIAL

Constitui a tuberculose, desde muito tempo, um dos mais sérios problemas médico-sociais, em todas as partes do mundo civilizado, pois surge e se difunde tão logo se fixam e se organizam em determinado local os agrupamentos humanos.

Moléstia própria das coletividades, portanto, transmitindo-se por contágio, a vida em sociedade propicia os contactos entre os indivíduos, facilitando sua eclosão e difusão.

Assim, uma das principais noções que se desprende do estudo da história da tuberculose, através dos tempos e dos povos, é que, além de ser uma moléstia infecto-contagiosa, é uma *doença social*, reconhecendo todos os autores que na sua marcha, apresenta:

a) uma primeira fase (período de invasão) de mortalidade elevada, nas populações pobres e socialmente inferiores;

b) uma segunda fase de diminuição expontânea da mortalidade, motivada pela defesa que se estabelece nos indivíduos, à

* Trabalho apresentado ao 1.º Congresso Inter-Americano de Medicina, Rio de Janeiro — setembro de 1946. — Secção de Higiene, Saúde Pública e Legislação Sanitária. — Contribuição ao tema oficial: — "Intensificação, em bases econômicas, da luta anti-tuberculosa".

proporção que a doença se alastra entre as populações, para o que também concorre a melhoria de nível de vida e civilização dos povos;

c) e um último período, quando o decréscimo da mortalidade só será possível pelo emprego de medidas específicas da luta anti-tuberculosa.

Não há país no mundo civilizado para o qual a tuberculose não represente problema em ordem do dia. Os mais adiantados em organização sanitária, quer pela antecipação com que souberam preparar-se nesse terreno (Alemanha), quer pela riqueza pública e espírito de cooperação de seu povo (América do Norte) não se descuidam nunca de manter em perfeita forma o custoso aparelhamento anti-tuberculoso, que lhes salva anualmente número elevado de vidas.

II

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Para apreciar-se, de modo geral, a situação de determinado país ou região em relação à tuberculose, convencionou-se tomar como referência a cifra de suas respectivas mortalidades específicas, calculadas sobre a base de 100.000 habitantes. Como os países que mais têm conseguido, em matéria de luta anti-tuberculosa, apresentam mortalidade de 80/100.000 ou menos, convencionou-se também chamar êsse número de PONTO CRÍTICO do movimento da tuberculose. Diz-se que, abaixo dêle, a doença pôde ser considerada "endêmica"; acima dêle, ao contrario, o caso é de "*epidemia tuberculosa*".

Ora, no Brasil faltam ainda algarismos exatos da mortalidade tuberculosa, porque, se alguns Estados podem dispôr de informações fidedignas, outros há que não as têm. A-pesar-de ser de "NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA" desde muitos anos, é absolutamente excepcional que os médicos clínicos notifiquem os casos de tuberculose.

A disparidade entre a incidência da tuberculose e as notificações decorre, principalmente, da ausência de meios idôneos para êsse diagnóstico, da falta de assistência médica à grande parte da população e de condições especialíssimas com que se defronta muitas vezes o médico para formular diagnóstico de tal gravidade. Assim, a despeito desses conhecimentos incompletos, pode-se admitir que a média da mortalidade por tuberculose em nosso país é de 250 por 100.000 isto é, cifra bastante superior ao "PONTO CRÍTICO", denunciando, portanto, um movimento epidêmico da doença.

Acredita-se que ainda em 1946 atravessamos um período de invasão da doença, como poderá ser verificado pelo quadro anexo

MORTALIDADE POR TUBERCULOSE

(por 100.000 habitantes)

CAPITAIS BRASILEIRAS 1929 — 1944

Quadro n.º 1

CAPITAIS	A N O S														Quadro n.º 1	
	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944
Manaus.....	205.0	199.4	202.5	205.6	224.6	229.0	253.9	294.0	253.1	295.9	244.7	245.0	257.2	248.1	262.8	258.3
Belem.....	—	—	—	350.5	359.4	405.0	347.7	358.6	357.4	394.4	358.3	406.6	398.6	410.5	384.5	429.5
São Luis....	243.7	255.4	214.1	206.5	200.6	183.0	188.2	245.4	213.0	202.7	191.5	212.5	182.1	208.1	177.7	157.1
Teresina....	43.6	43.2	28.6	44.1	48.4	48.1	36.9	32.0	21.2	37.6	85.0	153.9	177.8	214.4	231.6	241.3
Fortaleza...	226.0	207.0	249.3	314.4	326.9	299.0	260.5	269.2	320.6	300.9	296.7	283.3	441.4	316.1	287.8	256.9
Natal.....	154.7	192.6	141.6	157.9	164.5	181.5	148.1	184.7	192.1	254.7	192.8	195.8	198.8	252.4	315.8	282.5
João Pessoa	—	—	—	211.7	208.8	235.3	205.6	221.7	263.1	240.4	262.2	229.8	255.1	196.7	214.6	212.2
Recife.....	544.7	579.4	605.3	591.7	525.6	467.2	517.9	441.7	544.6	486.4	434.2	417.8	413.3	431.1	421.5	420.9
Maceió.....	—	—	—	230.6	274.6	268.5	248.6	279.6	278.2	221.5	234.0	229.7	149.6	239.9	199.9	260.4
Aracaju....	—	187.3	197.4	179.2	161.8	131.7	168.4	130.2	160.0	153.4	150.6	180.1	160.2	204.9	125.6	129.8
Salvador....	403.1	431.5	384.0	446.5	505.3	449.9	480.2	453.7	480.4	497.8	478.9	480.4	528.7	518.7	548.0	569.6
Vitória.....	417.7	496.5	404.2	385.4	465.9	430.6	446.0	525.3	493.6	543.8	513.3	573.8	531.0	447.9	447.9	485.7
Niterói.....	339.5	410.5	368.0	402.2	356.2	321.7	303.0	336.4	327.9	294.0	286.6	273.9	303.3	312.6	311.5	319.6
D. Federal..	320.3	323.4	323.8	323.9	321.0	311.9	301.5	299.9	312.3	332.9	327.0	327.3	321.8	319.0	336.4	346.5
São Paulo...	126.1	117.8	125.2	123.6	129.1	112.7	121.7	128.1	131.0	137.0	127.0	132.5	141.3	145.1	142.4	147.1
Curitiba....	63.1	78.7	75.6	71.9	70.0	83.9	93.8	90.8	100.8	115.7	95.6	72.8	119.4	121.7	127.9	103.0
Florianópolis	125.7	154.5	90.3	150.4	174.0	155.2	178.5	173.1	143.8	177.6	165.8	194.8	174.5	160.8	185.1	223.8
Porto Alegre	417.6	386.7	—	385.8	365.8	362.1	374.3	389.5	389.9	378.4	384.9	361.0	395.2	391.8	416.6	411.0
B. Horizonte	193.0	204.3	203.6	206.4	228.2	224.7	230.2	258.2	259.2	281.7	264.0	258.9	281.8	257.0	308.0	340.3
Cuiabá.....	—	—	—	—	—	83.3	57.1	91.9	56.7	53.7	63.9	71.9	56.1	76.4	73.3	83.7

(quadro n.º 1), pelo qual pôde-se apreciar a elevação progressiva de mortalidade na maioria das Capitais dos Estados do Brasil (*).

Como exemplos, citaremos *Belém* que passou de 350,5 para 429,5; *Teresina* que de 43,6 passou para 241,3; *Curitiba*, onde a mortalidade subiu de 63,1 para 103,0; *Belo Horizonte* que de 193,0 saltou para 340,3.

Os gráficos A, B, C, por nós organizados, mostram tôdas as Capitais do Brasil distribuídas em 3 grupos, de acôrdo com os respectivos índices de mortalidade por tuberculose.

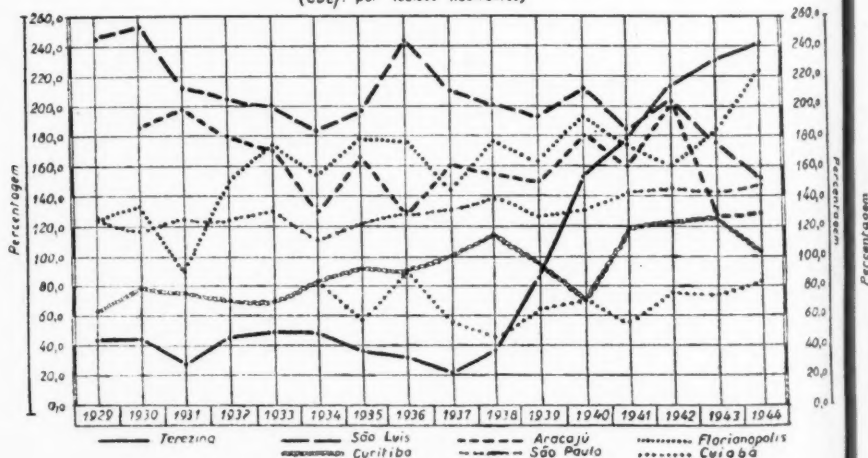
O primeiro grupo compreende 7 Capitais (*Teresina, Curitiba, Aracajú, São Paulo, Florianópolis* e *Cuiabá*) nas quais os coeficientes são 20,0 até 260,0 por 100.000 habitantes.

O segundo grupo reúne oito Capitais (*Manaus, Belo Horizonte, João Pessoa, Maceió, Distrito Federal, Niterói e Natal*) com coeficientes compreendidos entre 140,0 e 400,0.

O terceiro grupo inclui 5 Capitais (*Vitória, Recife, Porto Alegre, Salvador e Belém*) que apresentam coeficientes entre 340,0 e 600,0.

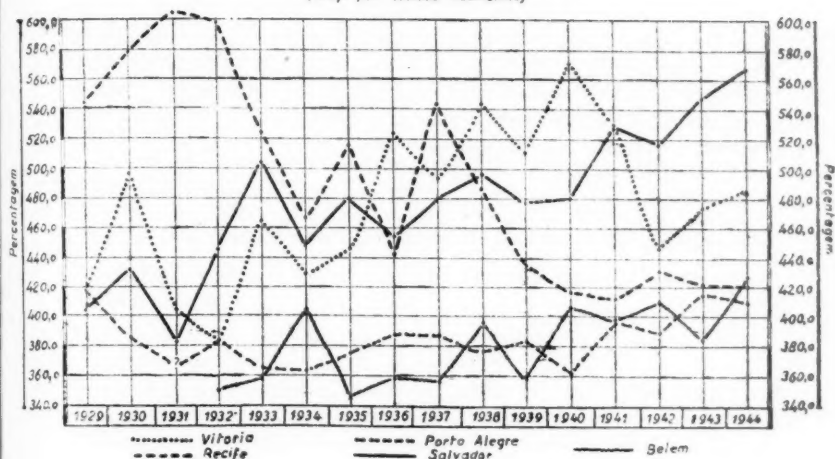
Essas são as razões que justificam a asserção de que a tuberculose continua a ser o "problema sanitário n.º 1" do Brasil, exigindo a instalação de aparelhamento de luta, capaz de atingir de modo eficiente as fontes que alimentam tão grande flagelo.

MORTALIDADE POR TUBERCULOSE EM 7 CAPITAIS BRASILEIRAS
NOS ANOS DE 1929-1944
(Coef. por 100.000 habitantes)

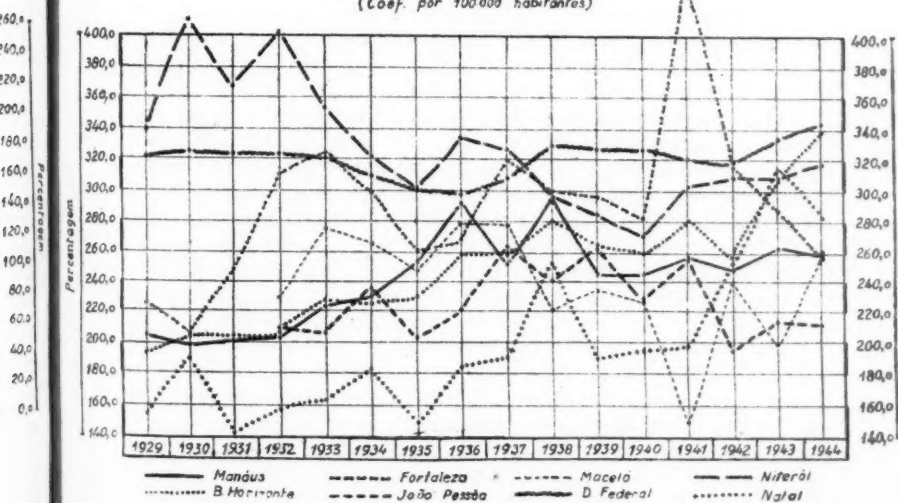


* Dados fornecidos pelo Serviço Nacional de Tuberculose (S. N. T.)

MORTALIDADE POR TUBERCULOSE EM 5 CAPITAIS BRASILEIRAS
NOS ANOS DE 1929-1944
(Coef. por 100.000 habitantes)



MORTALIDADE POR TUBERCULOSE EM 8 CAPITAIS BRASILEIRAS
NOS ANOS DE 1929-1944
(Coef. por 100.000 habitantes)



III

LUTA ANTI-TUBERCULOSA

Em linhas gerais, a luta anti-tuberculosa deve compreender de um lado, *ASSISTÊNCIA* — descobrimento e tratamento de todos os doentes, não só para recuperar, possivelmente, indivíduos ainda capazes, como, também, para fechar as fontes de infecção, que residem sempre nos próprios doentes; e, de outro lado — *PROFILAXIA* — proteção aos ameaçados e aos indivíduos sãos.

Luta contra a Tuberculose { a) *Assistência*: Descoberta — isolamento — tratamento do doente.
b) *Profilaxia*: Proteção aos ameaçados e aos sãos.

a) — ASSISTÊNCIA

Num programa de luta anti-tuberculosa a organização definitiva da parte referente aos doentes se faz pela articulação de redes dispensariais e sanatoriais, sob iniciativa de equipes de médicos e enfermeiras visitadoras, que descobrem e mobilizam os enfermos até os centros de diagnóstico ou tratamento e mantêm a vigilância de suas respectivas famílias, para surpreender o aparecimento de novos casos do mal.

E' compreensível que, num país como o nosso, os planos destinados a estabelecer e estruturar todo êsse arcabouço de luta tenham resultado em constantes insucessos, primeiro, porque êsses planos pressupõem uma base financeira que ultrapassa qualquer dotação orçamentária oficial ou particular, e, depois, por falta de unidade de vistas em sua execução técnica.

Os países que mais se adiantaram neste sentido mostraram que a instituição generalizada do "*SEGURO INDIVIDUAL*" contra a doença poderia ser uma das formas capazes de assegurar aquela base financeira para sustentar dezenas de *sanatórios* de vários tipos, criar e manter em constante funcionamento, as centenas de fontes de captação de doentes, que são os dispensários modernos, com todo pessoal e funcionamento técnico dispendioso e a enorme massa de serviços de ordem social, a que ficam obrigados para vigilância permanente das populações a que servem.

Este assunto, aliás, foi bem estudado há poucos anos, entre nós, por determinação do Ministério do Trabalho, concluindo a comissão encarregada dêsse estudo (1) que, como medida inicial indispensável, seria aconselhável a instituição do *seguro-tuberculose* como base econômica da luta.

(1) "Tuberculose e Previdência Social" — Ab. Marinho — Al. de Paula — A. de Assis — F. Carneiro — G. Pitanga — Rio, 1942.

Mas, nem naquela ocasião, nem depois dela, o assunto pôde ser resolvido.

As campanhas anti-tuberculosas, orientadas no sentido da assistência aos doentes, continuam a ser fragmentárias e a se chocar com obstáculos de tôdas naturezas, desde as deficiências de material, pessoal e instalações, até às de ordem social, relacionadas aos vários aspectos do comportamento das instituições e da sociedade em geral, diante de cada tuberculoso e de seus problemas individuais.

Assim, por enquanto, a-pesar do assunto ser sempre agitado, não se vê sinal próximo de solução satisfatória.

Concomitantemente, verifica-se que a onda epidêmica da tuberculose continúa a estender-se através das populações, sem que se tenha conseguido opôr até agora nenhum elemento de luta real.

E' bem verdade que uma perfeita articulação entre os "Institutos" e "Caixas de Aposentadorias", aliada a completo aproveitamento das vantagens e benefícios que as leis trabalhistas em vigor no Brasil devem prestar aos seus inscritos, poderá representar ponto de início de trabalho de assistência médico-social-econômica de grandes proporções.

Embora reconhecendo o alto merecimento das iniciativas privadas, traduzidas em realizações úteis, que se tornaram os fundamentos do futuro aparelhamento da luta contra a tuberculose, entre as quais convem destacar a *Liga Paulista contra a Tuberculose*, a *Fundação Ataulfo de Paiva*, *Santa Casa de São Paulo*, *Sanatorinhos Populares*, *Sociedade São Vicente de Paula*, *Liga Pernambucana Contra a Tuberculose* — *Instituto Brasileiro para a Investigação da Tuberculose* (I B I T — Baía) e outros, não se pode ocultar que os resultados obtidos não estão em relação com a extensão do mal no Brasil.

Quase outro tanto se poderá dizer em referência as atividades dos Governos dos Estados e da República que só, relativamente, há pouco tempo começaram a se preocupar com o problema, orientando também no mesmo sentido — o da assistência ao doente — as diretrizes principais de suas atividades.

Em 1931, o Governo de São Paulo (Dec. 4891, de 13 de fev. 1931) criou a *Secção de Profilaxia da Tuberculose* que foi mais tarde transformada pelo Dec. 9568, de 27 de setembro de 1938 em *Secção de Tuberculose*. Em 11 de outubro de 1944 (Dec. 14.223), finalmente, foi instituída a *Divisão do Serviço de Tuberculose*, com dotação orçamentária de Cr\$ 35.000.000,00, de cujo programa consta a instalação de 8 Dispensários na Capital e 20 no Interior, 8 Sanatórios, com capacidade para 3.000 leitos, além do "Instituto de Pesquisas Clemente Ferreira".

Na esfera federal, só em 1941 é que foi criado o Serviço Nacional de Tuberculose (Dec. 3171 de 2-4-1941) que visava

exercer ação muito mais ampla do que a primitiva "Secção de Profilaxia da Tuberculose", cuja criação se deve a Plácido Barboza e que tinha atribuições limitadas ao Distrito Federal.

Inspirando-se no programa que fôra traçado pelo SNT. — sempre a assistência ao doente — o Governo Federal no triênio de 1942-1945 dispendeu na instalação de vários *sanatórios*, em *diversas* Capitais de Estados, a importância de cerca de Cr\$ 50.000.000,00 (cinquenta milhões de cruzeiros).

Recentemente, ao instituir a "Campanha Nacional da Tuberculose" (Dec. lei 9387, de 20-6-1946) o Governo Federal, com acerto, estendeu a todo território nacional a aplicação de medidas não só de assistência, como de profilaxia, ensino, pesquisa, educação e ação social, dando preferência às regiões em que se verificaria maior incidência da tuberculose.

Constitue satisfação verificar-se que as diretrizes traçadas pela atual direção do S.N.T. serão no sentido de dar aos *Dispensários* o verdadeiro lugar que lhes cabe nesta campanha, tal o de órgão ativo que vai à procura do doente nos primeiros estádios de seu mal.

Em consequência, uma vez aplicada essa orientação, é de se esperar que presenciaremos melhor aproveitamento na obra assistencial dos Dispensários e Sanatórios que atenderão, em tempo útil, doentes em condições de se valerem dos recursos que ali são encontrados.

Essa conduta deverá mudar por completo a situação, hoje reinante, pois os doentes, enviados aos *Sanatórios* em estado avançado, pouco ou nenhum benefício auferem de sua permanência naqueles nosocômios onde sobrevivem, na grande maioria das vezes, por tempo muito limitado.

A experiência vai mostrando, cada vez mais, que estavam com razão aqueles que, sempre preconizaram em nosso país, a instituição de meios assistenciais modestos, sem fausto, de maneira a permitir a instalação de maior número de leitos e, em consequência, diminuir nos domicílios os focos de contágio.

Esta tendência também é preconizada pela *Campanha Nacional de Tuberculose*, falando seu diretor pela experiência haurida na direção dos "Sanatorinhos Populares de Campos do Jordão", sempre orientados nesses moldes econômicos.

Fôra também essa a diretriz traçada por Clemente Ferreira, propugnando a instalação de "Abrigos", para tuberculosos, de construção barata e de custeio módico, como se poderá verificar no trabalho apresentado pelo dr. Homero Silveira a este Congresso (2).

Conforme as informações constantes desse trabalho, a construção e instalação do "Abrigo-Hospital Clemente Ferreira" com

(2) "O Abrigo-Hospital CLEMENTE FERREIRA" — Dr. Homero Silveira — 1.º Congresso Inter-Americano de Medicina — 1946.

capacidade para 60 leitos, custou em 1937 a importância de Cr\$ 200.000,00 (duzentos mil cruzeiros), sendo o custo médio dos "leitos-dias", no período de 1938 a 1945 avaliado em Cr\$ 4,97 (quatro cruzeiros e noventa e sete centavos).

Resumindo: se se tem em vista intensificar a luta contra a tuberculose em bases econômicas, no setor assistencial, a *primeira conclusão* a que deveremos chegar é que se deve incentivar a instalação de *Dispensários ativos*, capazes de realizar, de maneira dinâmica, a busca de doentes nos primórdios da moléstia (diagnóstico precoce), onde quer que se encontrem, em tempo ainda de se beneficiarem de processos modernos de colapsoterapia; a *segunda conclusão* é que para isolamento e tratamento de doentes não convém insistir na construção de *Sanatórios luxuosos*, mas recomendar a instalação de *Abrigos modestos* de custeio módico.

b) — PROFILAXIA

Em tais circunstâncias e diante do que foi exposto, torna-se evidente que deveremos voltar nossas vistas, por todos motivos, e principalmente por aqueles de ordem econômica, para o setor da *profilaxia* e analisarmos, com objetividade, o que ela poderá nos oferecer.

Assim, a *proteção aos indivíduos sãos* e seu preparo para escapar à doença poderá ser feito: pelo afastamento temporário (obras de preservação da infância) ou pela imunização ativa contra a tuberculose (B.C.G.).

Proteção aos sãos	}	afastamento dos focos
	}	imunização ativa

As obras de preservação podem variar e assumem o aspecto de toda a cadeia de estabelecimentos preventivos bem conhecidos: obras de separação dos filhos de tuberculosos, por ocasião do nascimento (obra Grancher); creches especiais, obras de colocação familiar, preventórios, colônias de férias, etc., etc.

Tudo isso representa ainda elementos importantes de gastos e de organizações custosas, para as quais não estamos devidamente aparelhados, nem estaremos durante largo período de tempo, se tencionamos realmente atender ao interesse geral das populações.

IV

B. C. G.

A imunização ativa, por meio da *vacinação BCG*, representa, no momento, o recurso mais acessível às condições atuais da luta anti-tuberculosa.

Ela é inofensiva, porque o BCG é absolutamente incapaz de prejudicar o organismo humano, tanto o da criança, como o dos adultos.

E' eficaz, porque, quando aplicada em ambientes tuberculosos, faz baixar a mortalidade específica de 6 para 1.

E' fácil de difundir, através de todas as camadas sociais, por ser executada por via bucal e desacompanhada de qualquer consequência desagradável.

Enfim, é econômica, porque necessita apenas de laboratórios de manipulação do BCG, de elementos para sua aplicação, e de profissionais para controle clínico.

Como se sabe, a vacinação BCG começou a ser feita no homem em 1921, na França; no mês de maio de 1940 (época da invasão alemã) o número de vacinados, por semana, naquele país, era de aproximadamente 3.000, *ultrapassando de um milhão o seu total*.

Muitos outros países europeus (Bélgica, Espanha, Holanda, Suécia, Noruega, Rumania, Iugoslavia, Tchecoslováquia, Polónia), seguiram o exemplo da França e organizaram serviços de imunização em suas capitais e cidades principais.

Na Alemanha, onde houve num laboratório oficial (Laboratório Municipal de Lubeck) troca acidental de cultura BCG verdadeira por outra de bacilo tuberculoso virulento (segundo se provou mais tarde nos tribunais alemães), a vacinação Calmette sofreu injusto "boy-cott" que só o tempo pôde corrigir, ainda assim incompletamente, a-pesar-das conclusões de rigoroso inquérito realizado por comissão chefiada por BRUNO LANGE, diretor do Instituto Roberto Koch, de Berlim, que isentava de culpa o BCG pelos acidentes ocorridos.

Da Rússia já começam chegar os primeiros resultados concretos da aplicação do BCG., em larga escala, através de relatórios minuciosos e bem fundamentados (3).

Ali foram feitas 635.000 premunições em 1940 e cerca de 470.000 em 1941.

No continente americano, o processo de Calmette apareceu pouco depois de iniciado na França, começando a ser introduzido no Brasil, na Argentina e no Uruguai, onde continua ser usado sempre em maior escala até agora.

Mais tarde Cuba (4) e Bolívia (5) também foram dotados de serviços de premunição com laboratórios apropriados.

(3) "Eficácia da vacinação em massa pelo BCG" — Klebanow Lebedeva e Rabukin. Trad. de A. de Assis in "O Hospital" vol. 28 — n.º 2 — agosto 1945.

(4) Revista Cubana de Tuberculosis — Ano 9 n.º 1. — Jan.-Marzo, 1945.

(5) "El B. C. G. en la profilaxia de la tuberculosis en Bolivia" — E. V. Sivila y L. A. Briançon — Cong. Panamericano de Tuberculosis — Habana (Cuba) 1945.

V

B. C. G. NO BRASIL

No Brasil, as primeiras tentativas de vacinar recém-nascidos foram feitas em Niterói (Estado do Rio) pelo prof. *Arlindo de Assis* (6) depois de demorado exame das propriedades biológicas da amostra BCG que lhe foi enviada pelo Instituto Pasteur, de Paris, em maio de 1925.

Mas tais ensaios foram suspensos, por impossibilidade de acompanhar clinicamente os resultados dessas primeiras aplicações. Só mais tarde, em 1927, é que a *Liga Brasileira Contra a Tuberculose* (do Rio de Janeiro) facilitou a organização de um serviço completo de imunização anti-tuberculosa com BCG, compreendendo: um centro de preparação e de estudo permanente da vacina, uma equipe social de enfermeiras vacinadoras para administrá-la às crianças nas Maternidades ou em domicílio, e um centro de exames clínicos, de tipo ambulatório, ao qual acorriam as famílias das crianças vacinadas, para controle dos resultados imediatos e tardios dos vacinados. Este PLANO CENTRALIZADOR de todas as etapas da imunização pôde ser sempre sustentado e progressivamente desenvolvido até completar-se na instalação do INSTITUTO VISCONDESSA DE MORAIS.

Serviço de Imunização antituberculosa do Rio.	{	a — Centro de preparo e estudos da vacina BCG.
Inst. Visc. de Morais.		b — Equipe social
		c — Controle clínico.

Foi, portanto, investigando, ponto por ponto, as múltiplas fases da premunicação de Calmette, desde o laboratório até as consequências clínicas e epidemiológicas, que a *Fundação Ataulfo de Paiva* (Ex. Liga Brasileira Contra a Tuberculose) chegou a traçar os planos que regem atualmente os trabalhos da imunização ativa anti-tuberculosa, em nosso país. O fato de ter-se mantido a orientação, originalmente concebida para o desenvolvimento desse trabalho, conferiu à experiência brasileira uma importância que não aparece em nenhum outro país, sem excetuar a própria França. Por outro lado, a vacinação BCG, no Brasil, adquiriu cedo algumas características especiais, que a distinguem da imensa maioria das que são feitas no estrangeiro, tanto pela facilidade de sua aplicação (via oral), como pela segurança de seus resultados, o que equivale a dizer acessibilidade a generalização, o que é do maior interesse, sob o ponto de vista sanitário.

(6) "Ensinaamentos de dezessete anos (1927-1944) de vacinação BCG. no Brasil" — A. de Assis — Congresso Panamericano de Tuberculosis — Cuba — jan. 1945.

Deve-se isso a circunstância de ter sido a direção dessas atividades entregue, desde a primeira hora, ao notável cientista pátrio Prof. Arlindo de Assis que, depois de investigações e estudos rigorosos, introduziu no método uma série de modificações, no sentido de aumentar seu poder imunizante e estender sua difusão.

Além desse trabalho no Distrito Federal, a *Fundação Ataúlfo de Paiva* fornece, em caráter permanente ou temporário, emulsão vacínica B C G. a todos os Estados do Brasil, com exceção do Rio Grande do Norte, Pernambuco e Baía.

Os serviços federais localizados nesses Estados, ou os próprios serviços estaduais de Saúde, ou então algumas instituições privadas, recebem e distribuem o B. C. G., de acôrdo com a capacidade de suas organizações.

Outros Estados — Baía, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Rio Grande do Sul — dispõem de laboratórios dependentes dos serviços estaduais de Saúde, nos quais a vacina é preparada sempre com a mesma cultura recebida por todos êles da "*Fundação Ataúlfo de Paiva*".

VI

B C G EM SÃO PAULO

São Paulo foi o Estado que mais depressa se interessou pela vacinação Calmette, pois em 1925 já se estudava no "Instituto Butantan" a cultura remetida do Rio e logo em seguida fizeram-se as primeiras premunicações.

Até 1934 graças, principalmente, aos esforços da *Liga Paulista Contra a Tuberculose*, orientada por Clemente Ferreira, grande entusiasta dêste processo de premunicação, cerca de 2.400 imunizações haviam sido feitas.

A situação do BCG em São Paulo até 1944 já foi objeto de estudo pormenorizado dos autores, apresentado ao "2.º Congresso Médico Paulista" — março de 1945 (7).

Nessa época, quando se cogitou da reforma dos serviços de Tuberculose, os autores redigiram e encaminharam às autoridades sanitárias do Estado um estudo no qual era pleiteada a ampliação do serviço de calmetização e advogada sua instituição como organismo autônomo, cujo funcionamento seria articulado com as demais peças fundamentais do aparelhamento de luta anti-tuberculosa (8).

Infelizmente, na promulgação do Decreto 14.223, que criou a Divisão do Serviço de Tuberculose, verificou-se que aquelas

(7) "Premunicação pelo BCG em São Paulo — Esboço histórico e organização em 1944" *Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia* — Vol. I — agosto de 1945. — B. Pedral Sampaio e A. Nogueira Martins.

(8) "A Campanha Contra a Tuberculose em S. Paulo" — Dr. A. Nogueira Martins. (1945).

sugestões não foram aproveitadas, deixando o BCG de alcançar o realce que merecia, sendo antes relegado a plano inferior, como se poderá depreender do silêncio, quase absoluto, daquele diploma legal a seu respeito, que determinava, além disso, cisão do núcleo de trabalho de premunicação, ao transferir o preparo da vacina para laboratório alheio à prática da "calmetização".

Se as omissões e falhas apresentadas por essa reforma, no que refere ao BCG, não vierem a ser sanadas na sua execução, será com pesar que veremos a fragmentação do "núcleo de trabalho", cuja criação resultou da conjugação de esforços e boa vontade da *Secção de Tuberculose*, do *Departamento de Saúde* e da *Liga Paulista Contra a Tuberculose*.

VII

B. C. G. — MEDIDA SANITARIA

Recapitulando tudo quanto dissemos, verifica-se que o aparelhamento assistencial ao tuberculoso é muito precário no Brasil e que ainda decorrerão muitos anos antes que o índice econômico do país possa permitir que se alcance, nesse setor, um mínimo de resultados úteis, produzidos por perfeita articulação entre os vários componentes da rede assistencial.

Procuramos ressaltar que, por nos encontrarmos em plena fase de invasão da tuberculose, necessitamos de meios de combate eficientes e de fácil acessibilidade à maioria da população.

Assim, diante de tais circunstâncias, quer nos parecer que o BCG mostra-se no momento, o único recurso capaz de satisfazer, sob o ponto de vista da saúde pública, as exigências da luta anti-tuberculosa, no Brasil.

Ele é inofensivo e eficaz; é fácil de administrar, o que permitirá que possa ser estendido, em curto prazo de tempo, a grandes massas de populações; é econômico, o que é fundamental para qualquer método de medicina preventiva; corresponde, enfim, à realidade brasileira, cujo momento epidemiológico tuberculoso é caracterizado pela invasão da doença.

Ora, a-pesar da comprovação e do largo conhecimento de tôdas essas características, deve-se reconhecer que não foi dado ainda ao BCG o papel de destaque que lhe cabe como arma profilática de imenso valor para reduzir, dentro de pouco tempo, as proporções da luta anti-tuberculosa entre nós.

A não ser no Distrito Federal, onde o número de premunidos atingiu a 192.546, em junho de 1946, conseguindo a "Fundação Ataulfo de Paiva" vacinar mais de metade dos recém-nascidos, os dados coligidos para o resto do Brasil, cujo total de vacinações poderá ser estimada em 500.000, mostram enorme despropor-

ção entre o número de premunições e a gravidade do problema da tuberculose entre nós.

Deve, entretanto, ser ressaltado, com justiça, que êsse pouco obtido só tem sido possível graças as diretrizes traçadas e mantidas pela determinação e espírito público do Prof. Arlindo de Assis e à generosidade daquela Instituição que tem fornecido emulsão vacínica para a maioria dos Estados do Brasil, inclusive São Paulo, nos seus momentos de carência.

Para ser empregado como medida sanitária e não apenas com fins individuais, é indispensável que se disponha de aparelhamento idôneo que possa garantir-lhe os objetivos profiláticos a que se destina.

VIII

AMPLIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE PREMUNICÃO

O plano que vamos traçar, com propósito de aplicação a todo Brasil, se subordinará aos três itens:

a) A premunição pelo BCG deverá ser, doravante, reconhecida como recurso sanitário essencial na tarefa de reduzir a amplitude da luta anti-tuberculosa.

b) A premunição será feita, preferencialmente, em recém-nascidos;

c) Ela será estendida, à medida que a capacidade de cada Município ou Estado o permita, às crianças e adultos analérgicos.

PLANO DE AÇÃO

1 — *Capital dos Estados.* — Haverá na Capital de cada Estado um organismo de direção, coordenação e execução de todo trabalho de premunição pelo BCG, compreendendo:

a) Laboratório de preparo da vacina BCG;

b) Equipe de visitadoras para calmetização, na maior escala possível, de recém-nascidos, em hospitais, maternidades e domicílios;

c) Ambulatório para seleção de analérgicos para vacinação, controle de premunidos, e investigações clínicas e epidemiológicas;

d) Serviço de distribuição de vacina para todo Estado, Capital e Interior;

e) Serviços de estatística, propaganda e intercâmbio.

2 — *Interior do Estado.* — Haverá em todo Interior serviço de premunição de recém-nascidos e, de acordo com as condições de cada lugar, progressiva extensão a analérgicos de todas as idades. (Gráfico — D — Esquema de organização).

Nas respectivas sédes, (Capital) tôdas as peças dêsse aparelhamento constituirão um "NÚCLEO DE TRABALHO", devendo funcionar em bloco para melhor execução, aproveitamento e rendimento de suas atividades.

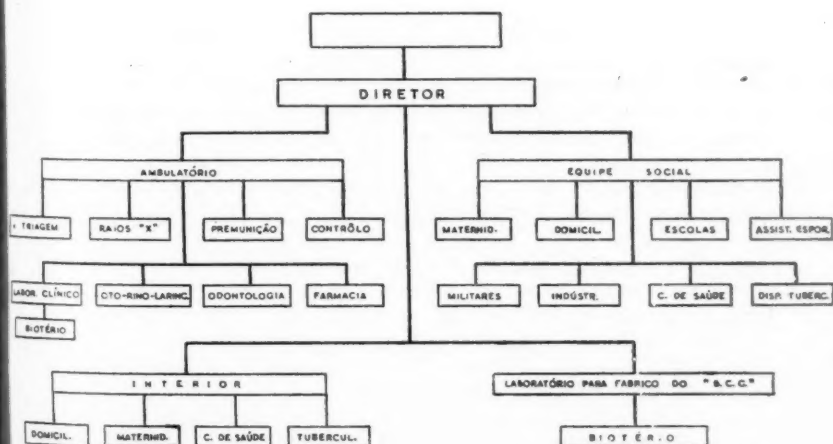
São ôbvias as razões que justificam a constituição dêsse núcleo, mas não será demais salientar que o funcionamento em conjunto, sob a mesma direção, evitará atritos e peias burocráticas, que surgiriam, fatalmente, se essas peças, tôdas interdependentes, estivessem dispersas por serviços que obedecem a orientações diferentes.

A direção e execução dos trabalhos dêsse organismo e suas relações com o aparelhamento sanitário de cada Estado dependerão de condições locais; ou poderão caber a Instituições Assistenciais particulares, de idoneidade comprovada, sempre em colaboração íntima com os serviços oficiais.

Esta última alternativa é admitida com objetivo de ampliar cada vez mais o campo de ação do trabalho profilático, pois, é sabido que alguns Serviços de Saúde de Estados não puderam ainda, por deficiência de meios, constituir um núcleo de premunicação.

Poderemos aceitar, também em caráter temporário, a eventualidade de remessa de emulsão vacínica de um Estado para outro, destinada a suprir as necessidades locais, quando feita por Instituição devidamente aparelhada.

SERVIÇO DE PREMUNICAÇÃO PELO B.C.G.



A perfeita eficiência, alto rendimento e qualidade de trabalho obtidos pelo "Instituto Viscondessa de Moraes" — uma instituição particular que supre a maioria dos Estados do Brasil — são prova do que afirmamos e admitimos.

Não se pôde, entretanto, conceber que Estados com maiores recursos econômicos e financeiros que lhes permitiram instalação de ampla organização sanitária, continuem a dispensar a criação de institutos especializados destinados à prática da premunicação pelo BCG.

PADRONIZAÇÃO

Ao propormos um plano de ação para todo país, implicitamente já consideramos como admitidas as necessidades imprescindíveis de adoção de normas e técnicas uniformes, previamente padronizadas na sua execução.

Está proclamado, universalmente, que os serviços de premunicação, para serem executados com segurança, deverão tomar como modelo o "o núcleo de trabalho" organizado por Arlindo de Assis, porque ele apresenta resultados de rigorosa eficiência, comprovados através de largos anos de estudo nas atividades da calmetização e no controle clínico de milhares de premunidos.

Deverá ficar patente, portanto, que a estrutura básica dos trabalhos de premunicação, constituindo um bloco, não deverá ser mudada, quer seja a executora uma organização particular, quer os próprios serviços sanitários oficiais.

EXECUÇÃO

1 — *Recém-nascidos.* — As razões que determinam a preferência da premunicação desde o nascimento são diversas: a) dispensa total de provas de triagem; b) aplicação do meio de proteção antes da possibilidade de contacto com agente patogênico; c) poupança de tempo e trabalho, resultando em proveitos econômicos; d) possibilidade de a criança dispôr de refratariedade acentuada, conferida pela vacina BCG., no momento em que se ampliar seu círculo social.

2) — *Analérgicos.* — Reservada, como deve ser, somente a indivíduos analérgicos, cuja seleção exige maior dispêndio de tempo, trabalho e dinheiro, os resultados da calmetização, sob o prisma sanitário, nesses casos, não poderão ser comparados àqueles obtidos pela vacinação de recém-nascidos, a qual poderá ser usada em qualquer criança viável.

E' imperativo, entretanto, tão logo o permitam as condições econômicas locais, que a prática da vacinação de analérgicos se

generalize, dada a porcentagem relativamente elevada de crianças, e até de adultos, encontrados virgens de infecção, em países, como o nosso, que se acham ainda no período de invasão da doença.

3 — *Contrôlo de premunidos.* — Devemos deixar claramente expressa, nossa convicção da necessidade indispensável do controle clínico dos premunidos.

É bem de ver que entendemos por controle clínico, não o controle absoluto, permanente, de todos premunidos, o que é inexecuível. Exigimos controle, investigação, pesquisas honestamente feitas em grupos de alguns milhares de premunidos, vivendo em ambientes diversos, — para tirar conclusões e traçar rumos de trabalho.

Esse controle cresce de importância, quando se procura esclarecer a natureza de episódios clínicos e, especialmente, pulmonares agudos, ocorrendo em premunidos, para cuja elucidação é indispensável realização de exames laboratoriais e radiológicos repetidos (lavado gástrico, cultura, inoculação, hemograma, hemossedimentação, rtgf. e radiografias). Tais práticas redundarão no crescente crédito do valor profilático da calmetização.

Foi a observância destas normas de trabalho que proporcionaram a realização de verdadeiros inquéritos sanitários, dos quais é possível depreender a relação entre a intensificação da calmetização e a diminuição de ocorrência de tuberculose.

No Rio de Janeiro, o Prof. Arlindo de Assis pode verificar, num período de 5 anos, entre becegeizados, que a morbidade por infecção tuberculosa virulenta foi de 20,8% geralmente de decurso benigno, com apenas 1 óbito por tuberculose (mortalidade específica 2,1%); enquanto que um grupo de não vacinados pelo BCG., constituído de irmãos de premunidos, vivendo nos mesmos ambientes, sem separação, forneceu 21 casos de tuberculose virulenta, com evolução clínica variável, 7 dos quais terminaram por morte (morbidade tuberculosa de 39,6%; mortalidade específica de 13,2%).

Na Rússia observou-se (3) além de menor incidência de tuberculose em premunidos, queda da mortalidade por tuberculose infantil, à proporção que se acentuava a extensão da calmetização, como poderá ser verificado pelo quadro n.º 2 e Gráfico — E:

Merece ser mencionado o fato de que, na Rússia, tais conclusões puderam ser tiradas quer do emprego da vacinação por *via sub-cutânea*, quer da vacinação por *via oral*.

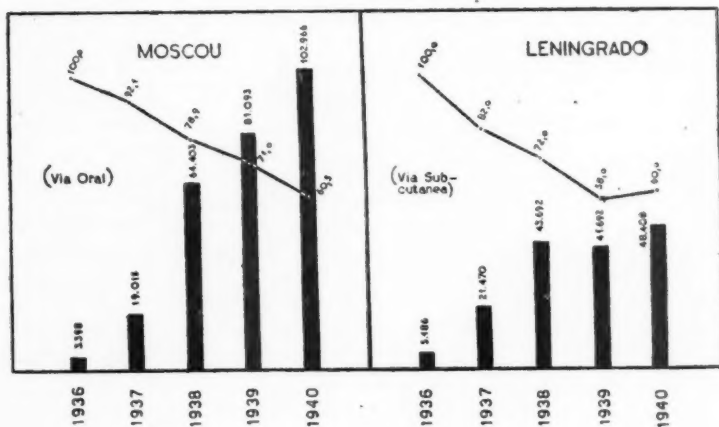
(3) Klebanow, Lebedeva e Rabukin.

Anos . .	MOSCOU (Oral)		LENINGRADO (Sub-cutânea)	
	N.º de vaci- nações	Mortalidade tuberculosa	N.º de va- cinações	Mortalidade tuberculosa
1936. . .	3.398	100,0	5.186	100,0
1937. . .	19.015	92,1	21.470	82,0
1938. . .	64.403	78,9	43.692	72,0
1939. . .	81.093	71,0	41.692	58,0
1940. . .	102.966	60,5	48.408	60,0

Esse controle também foi realizado nos Estados Unidos (9) entre agrupamentos de índios de 1 a 20 anos e permitiu que se chegasse à conclusão, num período de 6 anos de rigoroso se-

SERVIÇO DE PREMUNICÃO PELO B.C.G.

VACINAÇÃO B.C.G. E MORTALIDADE INFANTIL POR TUBERCULOSE EM MOSCOU E LENINGRADO. (A mortalidade de 1936 considerada como 100)



guimento, que, entre os premunidos (1.500), houve 40 casos de tuberculose, incluindo óbitos, enquanto entre os não premunidos (1.457) a ocorrência total atingiu a 185.

(9) "Experience with BCG. vaccine in the control of tuberculosis among North american indians" J. D. Arsonson and Carrol E. PaPmer — Extracts from PUBLIC HEALTH REPORTS — Vol. 61 — n.º 23 — June 7, 1946.

Em São Paulo, os autores, no momento, estão coligindo dados referentes à situação atual de pessoas premunidas e controladas, num período de 10 anos e que vivem em ambiente reconhecidamente infectado.

AUTONOMIA ADMINISTRATIVA

Por suas próprias finalidades e pelas características que lhe são imprimidas pela atualidade brasileira — momento epidemiológico, baixo índice econômico, extensão territorial — a premunicação pelo B. C. G. assumiu tal importância como medida de ordem sanitária que se impõe sua organização como entidade autônoma, a quem queira enxergar com clareza.

Seria assim de grande valor se cada Estado, respeitadas restrições especiais, constituísse um organismo autônomo e independente, abrangendo todas peças do trabalho de premunicação BCG.

Pleiteia-se autonomia para os serviços de premunicação por um imperativo da própria natureza de seu objetivo, que é alcançar, como meio profilático, a maior extensão possível de massas humanas, compreendendo assim, em sua esfera de ação, pessoas sãs de todas idades e de todas classes sociais, destinados a articular-se com os mais variados sectores da administração sanitária e com as mais diversas Instituições assistenciais. Garantida sua autonomia, o serviço terá atuação mais rápida. Reduzidas as exigências burocráticas, haverá maior rendimento de trabalho e eficiência.

Além disso, cumpre proclamar que nada há que obrigue a manter semelhante organismo na dependência dos serviços de tuberculose. Embora aparentemente paradoxal, essa afirmação pode ser justificada, pela evidência dos fatos: a premunicação é destinada justamente às pessoas ainda indenes de tuberculose, nada havendo pois que implique na sua subordinação compulsória aos serviços assistenciais de tratamento ou de isolamento de tuberculosos.

As ligações e estreita cooperação, que os trabalhos de premunicação pelo BCG deverão manter com aqueles serviços de tuberculosos, são da mesma ordem que lhes são reclamadas por múltiplas outras organizações como: maternidades, crèches, centros de saúde, escolas, abrigos, quartéis, etc.

Uma vez que se pretende elevar a prática de premunicação à categoria de arma sanitária de emprego coletivo e não mais usá-la como recurso restrito a pessoas com antecedentes ou contactos tuberculosos, é natural que se aceite sua inclusão nos serviços de profilaxias gerais.

Em resumo, opinamos que a premunicação pelo B. C. G. deve ser, doravante, considerada como medida sanitária, destinada a proteger grandes massas de populações, necessitando para isso que seus serviços sejam convenientemente aparelhados.

IX

BCG — MEDIDA ECONÔMICA

Resta-nos encarar o setor econômico do problema.

Assim, examinaremos: a inviabilidade do prosseguimento da orientação seguida até agora, no sentido exclusivamente da assistência ao doente, e analisaremos as vantagens que oferece a extensão da premunicação pelo BCG., em virtude de seu baixo custo.

No que se refere ao programa assistencial, de acôrdo com os dados oficiais (10) era a seguinte a situação da construção, aparelhamento e instalação dos sanatórios para tuberculosos, pelo Governo Federal em janeiro de 1944:

Leitos em funcionamento

			<i>Custo</i>
São Luiz	150 leitos	Cr\$	1.095.000,00
Vitória	130 leitos	Cr\$	1.194.000,00
Belém (Rio Grande do Sul)	700 leitos	Cr\$	3.560.000,00
Santa Maria (Distrito Federal)	600 leitos	Cr\$	4.420.000,00
Recife	350 leitos	Cr\$	5.567.000,00
Natal	100 leitos	Cr\$	830.000,00
	2.030 leitos	Cr\$	19.666.000,00

Custo aproximado de cada leito: — Cr\$ 9.192,00.

Leitos em construção e instalação

Maceió	200 leitos	Cr\$	1.300.000,00
Aracajú	100 leitos	Cr\$	750.000,00
Niterói	350 leitos	Cr\$	4.825.787,00

5)

Custo médio de cada leito: — Cr\$ 10.500,00

Sanatórios em construção

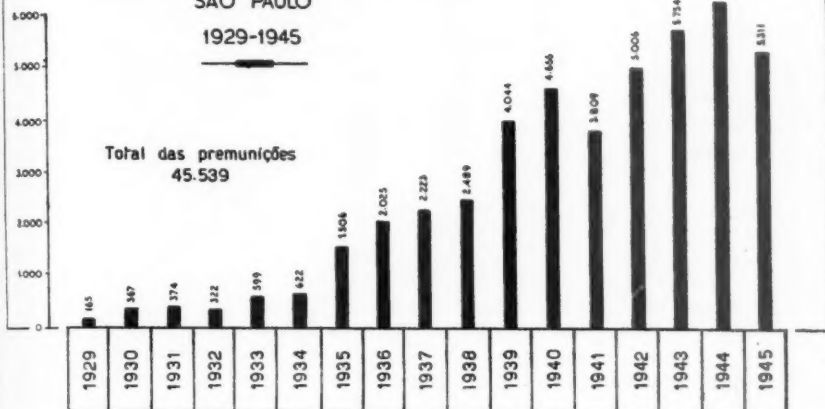
Belém (Pará)	600 leitos	Cr\$	7.078.000,00
São Paulo	600 leitos	Cr\$	8.387.500,00
Belo Horizonte	600 leitos	Cr\$	8.075.000,00
	1.800 leitos	Cr\$	23.540.500,00

Custo médio de cada leito: — Cr\$13.000,00

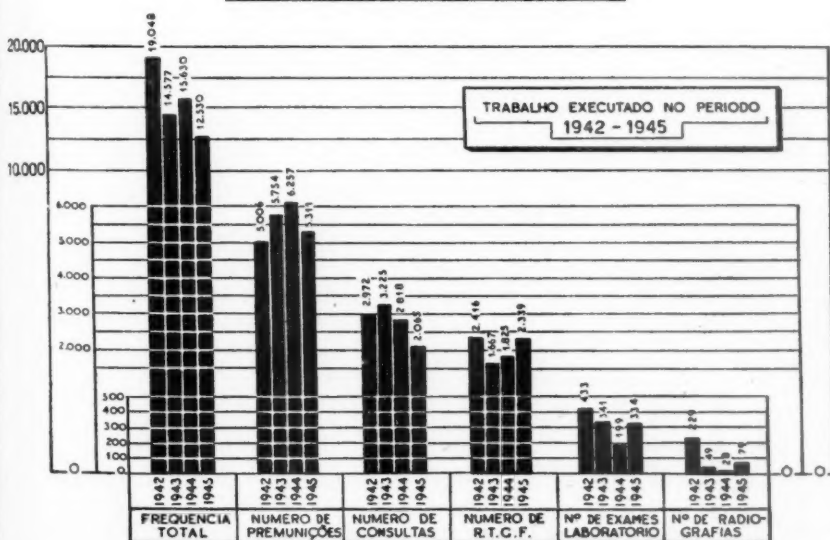
Por êsses dados, verifica-se que, para instalação de 4.480 leitos, dos quais a maioria ainda não está em funcionamento, foram despendidos Cr\$ 50.092.287,00 o que dá o custo de, cerca de Cr\$ 11.000,00 por leito.

(10) Atividades do STN. — Programa e realizações — 1945 — Prof. Samuel Libânio.

PREMUNICÖES PELO B.C.G. EM
SÃO PAULO
1929-1945



SERVICO DE PREMUNICAO PELO B.C.G.



Ora, admite-se, segundo estimativas oficiais, que a tuberculose causa atualmente 80.000 mortes por ano, no Brasil; se aceitarmos a exigência assistencial mínima de um leito por óbito, verificaremos que, para instalação, naquelas bases, dos leitos necessários, os poderes públicos seriam obrigados a dispendar mais de oitocentos milhões de cruzeiros (Cr\$ 800.000.000,00).

Essa cifra dispensa qualquer comentário.

Convém não esquecer que a manutenção dos leitos em Sanatórios é muito onerosa. Segundo informações recentes, podemos assegurar que os custos do leito-dia em 1945 foram os seguintes:

Niterói	Cr\$ 40,00
Hosp. Abrigo Torres Homen	Cr\$ 42,80
Hospital São Sebastião	Cr\$ 44,52

Essas cifras devem ser cotejadas com o custo módico do leito-dia no "Abrigo-Hospital Clemente Ferreira", da Liga Paulista Contra a Tuberculose, que em 1945 foi de Cr\$ 8,48 (2).

Vejam agora, baseados nos cálculos feitos sobre o serviço de Premunicação pelo BCG (Pavilhão Arlindo de Assis), da "Liga Paulista Contra a Tuberculose" que funciona sob orientação técnica da Divisão de Tuberculose, (do Departamento de Saúde do Estado de São Paulo), o custo aproximado de aparelhamento, instalação e manutenção:

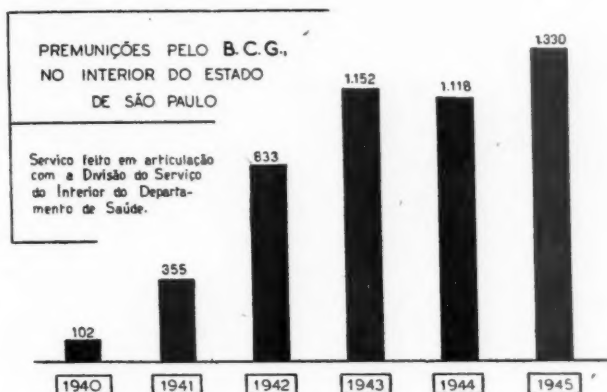
Aparelhamento (Raios X — material de consultório e delaboratórios (clínico e de BCG) — móveis, etc.)	Cr\$ 200.000,00
Despesas mensais (Pessoal: médicos, enfermeiras, etc.)	Cr\$ 20.000,00
Material (laboratórios, fichas, rtfg. etc.)	Cr\$ 5.000,00
	Cr\$ 225.000,00

Cumpra observar que, conforme acurada averiguação feita pelo exame unitário das despesas do respectivo laboratório especializado, podemos afirmar que o custo do preparo de cada cc. de emulsão vacínica BCG foi de 20 centavos.

Deve ser referido que, com essa organização unificada, o Serviço de BCG, em São Paulo, no quadriênio 1942-1945 realizou, além de outros, os serviços constantes do Quadro n.º 4 e Gráficos F, G e H.

	1942	1943	1944	1945
N.º de premunições	5.006	5.754	6.257	5.311
N.º de consultas	2.972	3.255	2.816	2.065
N.º de RTGF	2.416	1.667	1.825	2.339
N.º de radiografias	229	49	28	79
N.º de exames laboratório	433	341	199	334
Frequência total	19.048	14.577	15.360	12.530

(2) "O Abrigo-Hospital Clemente Ferreira" — Dr. Homero Silveira 1.º Congresso Interamericano de Medicina — 1946).



Assim, sabendo-se que, no triênio de 1942-1944 nasceram na Capital Paulista — 112.858 — crianças, e admitindo-se que tivessem sido todas premunidas — trabalho perfeitamente exequível, aliás, desde que se disponha de recursos suficientes — poderíamos verificar que as despesas de consumo com a vacina BCG teriam sido de Cr\$ 135.429,60 — (Cento e trinta e cinco mil, quatrocentos e vinte e nove cruzeiros e sessenta centavos).

Apura-se desta forma que o estudo comparativo das despesas de assistência (representadas pelo custo de instalação dos leitos de sanatórios, pelo Governo Federal) e dos gastos da profilaxia (descriminadas pelo custo do preparo da vacina BCG, pela Liga Paulista Contra a Tuberculose) — demonstra claramente que a proteção contra a tuberculose de todos os recém-nascidos, na Capital de São Paulo, no período de 3 anos teriam custado quasi tanto quanto a instalação de 10 leitos em sanatório!

Essas deduções, que não são frutos de imaginação, mas tiradas da evidência dos fatos, não devem ser interpretadas como condenação ao programa das construções de sanatórios que tem aqui, como em toda parte, função definida no aparelhamento anti-tuberculoso, antes como um incentivo em favor da difusão do BCG, porque, a aplicação de regras profiláticas bem orientadas tem sempre com oconsequência a diminuição progressiva de encargos assistenciais.

Concluimos, assim, que a premunicação pelo BCG se apresenta, no momento, como recurso sanitário de escolha em qualquer programa que vise a intensificação em bases econômicas da luta contra a tuberculose.

CONCLUSÕES

1.º) — A tuberculose continua a constituir o “problema sanitário n.º 1”, no Brasil.

2.º) — Os estudos epidemiológicos demonstram que a tuberculose ainda se encontra em fase de invasão, em nosso país.

3.º) — A luta anti-tuberculosa no Brasil se tem dirigido, quase exclusivamente, para a assistência ao doente.

4.º) — Os serviços assistenciais, além de serem caros e insuficientes, dão resultados precários, em nosso país, pelo fato de os *Dispensários* e *Sanatórios* acolherem doentes em estado avançado da moléstia, quando já não podem quase se beneficiar de recursos terapêuticos especializados.

5.º) — Ao lado dos serviços assistenciais, é mister que seja encarada, com decisão, a aplicação de medidas ativas e diretas de proteção aos sãos.

6.º) — Provados, como estão, universalmente, a inocuidade e poder protetor do BCG, urge que a calmetização se torne, doravante, medida sanitária de aplicação geral, de modo a alcançar todos os recém-nascidos e a maioria dos analérgicos.

7.º) — Em virtude da comprovada eficiência da vacina BCG., quando usada por via oral, este método deve ser recomendado de preferência, dada sua exequibilidade prática.

8.º) — A organização dos serviços de premunição pelo BCG, exige a adopção de rigorosas normas técnicas, uniformizadas e definidas, no preparo e na aplicação da vacina, visando resguardar o êxito do método.

9.º) — A calmetização deverá, d'agora por diante, ser aceita como medida sanitária essencial, convindo que, para funcionamento eficiente, dado seu extenso campo de ação, suas peças se estructurem em aparelhamento especializado autônomo.

10.º) — A execução dos serviços de premunição pelo BCG poderá caber diretamente aos serviços oficiais de saúde ou a Instituições particulares idôneas, sob fiscalização oficial, mantidas as normas fixadas para subsistência do “núcleo de trabalho” especializado.

11.º) — Além da eficiência e da facilidade de aplicação, o baixo custo da premunição pelo BCG (preparo, aplicação e controle) a tornam recurso sanitário de escolha para *intensificação da luta anti-tuberculosa, em bases econômicas.*

RESUMO

Os autores iniciam fazendo considerações sobre a importância médico-econômica do problema da tuberculose a qual no Brasil se apresenta em 1946 no período de invasão. Passam em revista os elementos da luta anti-tuberculosa, estudando os aspectos de assistência e de profilaxia. Referem-se às iniciativas particulares e oficiais que tem sido orientadas, preferencialmente, no sentido assistencial, cujos resultados são caros, insuficientes e precários. Estudam pormenorizadamente o B C G, enaltecendo seu valor profilático e advogando a organização de um serviço autônomo, constituindo um "núcleo de trabalho" especializado, com suas peças essenciais — laboratório, ambulatório, equipe social — funcionando em conjunto.

Terminam apresentando um *plano de ação* para premunição em massa de recém-nascidos e analérgicos, e ressaltam que o BCG, por suas características de inocuidade de aplicação e baixo custo, preenche as exigências da atualidade brasileira, tornando-se, portanto, o recurso sanitário de escolha capaz de permitir a intensificação da luta contra a tuberculose, em bases econômicas.

SUMMARY

The authors begin by making a study of the economic medical importance of the problem of tuberculosis, which in Brazil in 1946 becomes apparent in the invasion stage. They review the elements of the anti-tuberculosis struggle, studying the aspects of assistance and spreading. They refer to the private and official initiatives which have been guided rather in the form of care the results of which are expensive, insufficient and precarious. They study BCG in details exalting its prophylatic value and advocate the organization of an autonomous service consisting in specialized "working center" with their essential parts: laboratory, dispensary and social team working together.

They finish by presenting a plan of action for the mass application of the new-born and analergics and note especially that the BCG its characteristics of innocuity, efficiency, ease of application and low cost, fulfills the present Brazilian demands so becoming the chosen sanitary recourse for the intensification of the fight against tuberculosis on economic bases.

* * *

Economical sanitary recourses in the fight against tuberculosis. A paper presented before the 1st. Interamerican Medical

Congress. Division of Higiene, Public Health and Sanitary Legislation. Contribution to the official thesis: "Intensification on economic bases of the fight against tuberculosis" by Dr. B. Pedral Sampaio, Technical assistant of the Division of Tuberculosis of the Health Department, and Dr. A. Nogueira Martins — Director of "Paulista League against Tuberculosis".

The subject here studied by the A. A. is the medical-social importance of the problem of tuberculosis in every country.

The study the present epidemiologic aspect of the disease in Brazil stating that 1946 is a decided period of invasion of this disease, proven by the graphs of mortality due to tuberculosis in the capital and states which enphasizes the assertion that tuberculosis continues to be the "n.º 1 Saniary Problem" of Brazil.

They review the elements of the anti-tuberculosis campaign.

Anti-tuberculosis campaign	}	Prophylaxis — protection to the healthy and those threatened by the disease.
	}	Assistance — discovery and treatment of the patient.

and show that this program has always failed, due the lack of coordination and, mainly, because of the absence of economic basis for its accomplishment among us.

They mention private enterprises in the fight against tuberculosis the first these being to appear in Brazil and review the official under-taking among which they point out the action taking by the Government of São Paulo in organizing the "Divisão do Serviço de Tuberculose" and providing in with Cr\$. 35.000.000,00 (Thirty five millions cruzeiros) for the installation of a network of Dispensaries and Sanatoriums as well as the efforts of the Federal Government in giving Cr\$50.000.000,00 (fifty thousand millions cruzeiros) for the installation of Sanatoriums.

They show that the line taken by the anti-tuberculosis campaign among us has always been in the direction of assistance to the sick and discuss the impossibility of proceeding in this way due to the high cost of apparatus and precariousness of results obtained as a consequence of the late date at which the patients recur to the Dispensaries and the advanced of the disease by the time they reach the Sanatoriums.

They focus on the plans of the "Campanha Nacional de Tuberculose", the putting into action of which may change the perspectives of the results of the assistance to the sick.

They, then suggest the intensification of the prophylactic processes among which they study particularly the pre-immunization by the B.C.G., considering it, from the sanitary point of view as the only measure presenting the possibility of satisfying the demands of the anti-tuberculosis campaign, in Brasil.

They trace a rapid history of the B.C.G. in Brazil, praising the *centralized and specialized* organization of the "Fundação Ataulfo de Paiva" in Rio de Janeiro.

They discuss the situation of the B.C.G. in São Paulo and regret that the measure should not yet have been taken advantage of as prophylactic resource of wide application.

They propose a plan that can be adapted to every country subordinated to 3 items.

a) the B.C.G. will henceforward be accepted as a basis sanitary measure in the fight against tuberculosis.

b) the pre-immunization will preferably be made in the new-born.

c) the preimmunization in analergic children and adults will be made as soon as allowed by the economic conditions of each state or town.

As a plan of action they establish the necessity of installing an *organ of direction, coordination and execution* in the capitals and states, including:

a) specialized laboratory

b) team of sanitary workers

c) outpatients' department

d) statistics, propagand and interchange department of in the interior of the states there will be *premunition* service for new-born, progressively extended to analergics.

They justify the necessity of the organization of the "Nucleo de trabalho" (working center) taking as a model the service at the "Fundação Ataulfo de Paiva" in Rio de Janeiro, the basic structure or the coordinated service of which they consider fundamental for the efficiency of the service.

They discuss the position of the "nucleo de trabalho" of the B.C.G. in relation to the official sanitary organization and advocate the constitution of an autonomous service.

They enter the economic sector and face the high cost of the installation of beds in sanatorium the average cost of which is at present Cr\$ 13.000,00 (thirty thousand cruzeiros), a fact that goes to prove the impossibility of proceeding with this exclusive orientation in the anti-tuberculosis campaign.

In a comparative study, they show the low cost of the pre-immunization by the B.C.G. (preparation, vaccination and controle) and based on the verification of concrete data (serviço de B.C.G. de São Paulo), they *emphasize the possibility of having immunized every new-born child in the capital of São Paulo, during the triennium 1942-1944, at the price equivalent to the installation of ten — vj — beds in the Sanatorium.*

They conclude admitting that the *premunition* by B.C.G. represents the chosen sanitary recourse in the intensification on economical bases in the fight against tuberculosis.

As famosas "LE MOS"!

SERO-BACTÉRIAS

- Anti-Gripal
- Anti-Catarral
- Anti-Bronco-Pneumônica
- Suero Anti-Bronco-Pneumônico
- Anti-Piôgena Polivalente
- Anti-Estafilocócica
- Anti-Diftérica
- Coqueluche



Amstras e literatura:
Serviço Médico LEMOS
 do Brasil
 Caixa Postal, 2747
 R. da Quitanda, 26 - 2.º - Rio de Janeiro

Embriologia do sistema comprometido no varicocele *

Dr. Eurico Branco Ribeiro

Diretor do Sanatório São Lucas

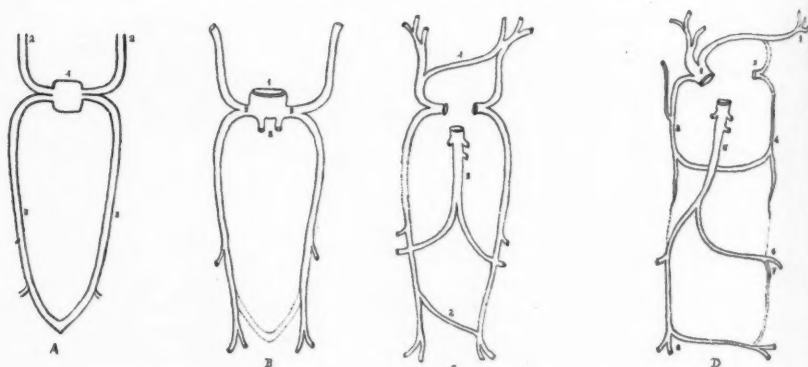
Para mais fácil compreensão da disposição dispar das veias comprometidas no varicocele, vamos passar em ligeira revista os dados embriológicos sobre a sua origem e desenvolvimento.

Conforme nos ensina Carmo Lordy, os primeiros troncos venosos autônomos já estão formados no embrião de 3 semanas e são representados pelas veias vitelinas, que levam o sangue da parede vitelina para o esbôço cardíaco; e logo aparecem 2 pares de veias — as cardinais superiores e as cardinais inferiores — as quais levam respectivamente o sangue craneal e o sangue caudal para o "sinus venosus". As duas veias cardinais inferiores correm ao longo da parede dorsal do tronco, lateralmente às duas aortas primitivas e aos mesonefros. Com a formação do coração, as veias cardinais superiores e inferiores se fundem, de cada lado, dando nascimento a um canal comum — o ducto de Cuvier — que leva o seu sangue ao seio venoso do coração. Está então estabelecido o plano fundamental do sistema venoso dos vertebrados; no homem esse sistema passa a sofrer modificações sucessivas a partir dos embriões de 1 cm.

Vê-se, então, que a disposição simétrica das veias cardinais inferiores, fundidas caudalmente na veia sacral média, vai experimentando alterações, a primeira das quais é a formação de um ramo anastomótico intercardinal, oblíquo da esquerda para a direita e de baixo para cima, ramo esse que logo assume grande desenvolvimento, dando vasão ao sangue proveniente da extremidade do lado esquerdo para a veia cardinal direita, enquanto entra em atrofia a parte proximal da veia cardinal esquerda, situada a jusante dessa sobredita anastomose, que é a futura veia ilíaca comum esquerda, enquanto que a veia ilíaca comum direita será representada pela porção caudal da cardinal inferior direita. Mais acima, o abaixamento da veia cava inferior,

* Capítulo do livro "Varicocele", editado por Salvat, Barcelona, 1946.

que vem do seio venoso do coração, dá ensejo à ligação desse vaso com a subcardinal direita, ramo simétrico então já ligado à subcardinal esquerda, por uma anastomose, a qual adquire logo grande desenvolvimento, dando vasão do sangue proximal do lado esquerdo para o lado direito, ao mesmo tempo que se processa a atrofia da parte proximal da veia cardinal esquerda. E, como a circulação passa ser feita prevalentemente pela nova via aberta com a ligação subcardinal direita — veia cava primitiva, desliga-se do sistema a parte proximal da veia cardinal direita para constituir a veia ázigos, enquanto a parte proximal da cardinal esquerda vai formar a hemi-ázigos. E assim, no trecho que nos interessa, a veia cava inferior definitiva é constituída com elementos da veia cava primitiva, da subcardinal direita e da cardi-



A — 1. seio venoso; 2. cardinais superiores; 3. cardinais inferiores — B — 1. seio venoso; 2. vitellinas; 3. conduto de Cuvier. — C — 1. anastomose intercardinal superior; 2. anastomose intercardinal inferior; 3. veia cava inferior. — D — tronco braquiocéfálico direito; 2. grande ázigos; 3. coronária; 4. pequena ázigos; 5. veia cava inferior; 6. renal eq.; 7. espermática eq.; 8. ilíacas; e 9. jugulares.

nal direita, enquanto que a anastomose intercardinal inferior mais a parte restante da cardinal esquerda vão constituir a veia renal esquerda. E é por isso que as veias espermáticas, primitivamente ligadas às cardinais inferiores, no adulto desembocam à direita na veia cava inferior e à esquerda na veia renal desse lado.

A origem das espermáticas nas cardinais inferiores é dependente do desenvolvimento do metanefros. Quando se dá o deslocamento deste no sentido cranial, ele se insinua entre a aorta e a cardinal inferior, da qual então nasce um ramo que, depois de contornear o metanefros, vai desembocar novamente na mesma veia, formando um verdadeiro anel venoso, cujo arco recém-formado assume logo grande desenvolvimento, passando a papel secundário a parte correspondente da veia cardinal inferior, a qual dá origem à veia espermática.

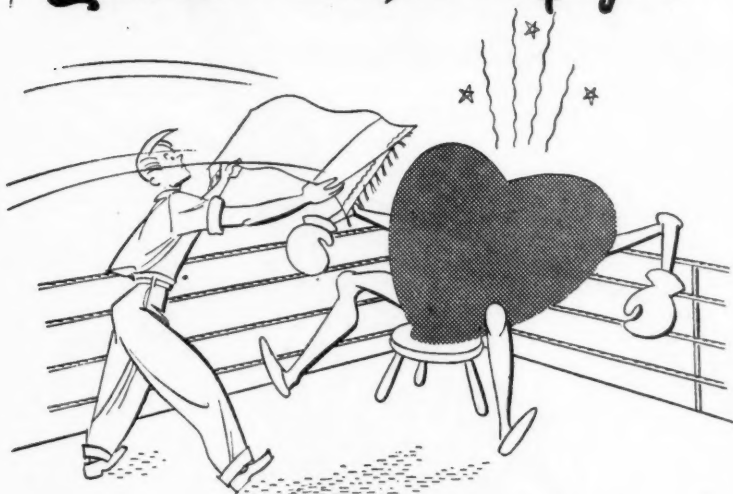
***Úlceras
gastro-duodenais***



Produtos ROCHE Químicos e Farmacêuticos S/A.

Av. Franklin Roosevelt, 115 - Rio

Quando o coração fraqueja ...



... A TERAPÊUTICA É
Digitalina
Rhodia

Ao prescrever Digitalina
 convém especificar sempre
 a marca "RHODIA"

VIDROS DE 10 cm³

★ CORRESPONDÊNCIA: RHODIA - CAIXA POSTAL 95-B — SÃO PAULO ★

R 6-345

PANAM — Casa de Amigos

PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL, EM 4 DE ABRIL DE 1946

Presidente: Dr. Felipe de Vasconcelos

Anofelinos do Rio de Janeiro, Distrito Federal, com referência aos transmissores da malária. — Dr. J. O. Coutinho. — Nesta nota o autor estuda a distribuição geográfica dos anofelinos encontrados no Distrito Federal, Brasil. Relata que, em 4 anos de trabalhos consecutivos, identificou 20 espécies que ocorrem aí, as quais passa a enumerar: "A. eiseni", "A. intermedius", "A. maculipes", "A. fluminensis", "A. minor", "A. mediotinctatus", "A. kompi", "A. belator", "A. pessoai" (?), "A. tarsimaculatus", "A. oswaldoi", "A. triannulatus", "A. strodei", "A. no-roestensis", "A. konderi". Dessas espécies as mais encontradas em domicílios foram o "tarsimaculatus", o "albitarsis" e o "darlingi". Estas 3 espécies foram pelo autor encontradas com infecção

natural para os plasmódios da malária. Os índices de infecção natural foram levantados para os anos de 1941, 1942, 1943, 1944 e 1945. Os resultados obtidos foram para o "tarsimaculatus" de 3,0%, 3,6%, 4,0%, 1,3% e 0%.

Para o "arbitarsis", 0,66%, 4,6%, 1,5% e 0%.

Para o "darlingi" de 4,8% em 1942.

O autor acha que as principais espécies em relação à malária, no local, são o "tarsimaculatus" e o "albitarsis". O "darlingi", também apresenta menor importância, em consequência de sua pequena densidade.

Ainda são apresentados no trabalho os quadros com a incidência de todas as espécies referentes aos anos de 1942, 1943, 1944 e 1945, sendo especificadas as



Laboratório de HORMOTHERAPIA

Aché

ESCRITÓRIO EM S. PAULO — TEL.: 4-5462
Rua Xavier de Toledo, 84 - 4.º

HORMÂNDRICO

SORO HORMÔNICO MASCULINO
ATIVADO COM EXTRATOS DE TESTÍCULOS

HORMOGINO

SORO HORMÔNICO FEMININO
ATIVADO COM EXTRATOS DE OVÁRIO

Estimulante do sistema nervoso, intensificam a evolução geral do organismo, regulam o equilíbrio bio-químico, fortalecem o espírito, corrigem as insuficiências genitais. São indicados nas moléstias da nutrição, especialmente dos adolescentes, na senilidade precoce, impotência, nas perturbações do aparelho genital.

Dóses: Uma ampola diariamente (intramuscular)

capturas domiciliares, com isca animal e as pesquisas larvárias.

De tôdas as espécies identificadas so o "A. pessoal" é pôsto em dúvida pelo fato de s ter sido encontrado em fase de larvas, quando pode ser confundido com o "strodei".

Parasitismo humano pela isospora hominis. — Dr. Armando Rotondi. — O autor apresenta um caso humano de parasitose pela "Isospora hominis". O diagnóstico foi feito pelo exame de fezes que foi repetido e sempre positivo em material de 9 dias consecutivos. O doente apresentava-se com cólica e diarreia. Observada a evolução dos oocistos em solução de bicromato de potássio a 0,5%, foram estudadas as várias fases de maturação. Lembra a raridade do achado e resume a literatura nacional, sôbre a casuística, discutindo a nomenclatura.

Comentários: Dr. Gastão Rosenfeld — Assinala que, sendo a "Isospora" um parasita raro, é curioso verificar que a incidência do mesmo no Brasil é grande, apesar dessa percentagem ser calculada em número relativamente pequeno de exames de fezes. Há autores em Minas Gerais, por exemplo, que apresentam estatísticas com 6 casos. Trata-se de um parasita patogênico, de acôrdo com os dados dos investigadores que o têm estudado. Dai ser interessante que se dedique maior atenção a êle, entre nós. Questão controversa e que merece ser elucidada é a do nome específico exato da **Isospora** que parasita o homem.

Prof. João Alves Meira. — Diz que teve ocasião de estudar 12 casos de isosporose humana, tendo revisto a bibliografia, conforme exporá, com maior minúcia, na próxima reunião. No momento, de acôrdo com o que observou, julga que há duas espécies de "Isospora" parasitas do homem: a "hominis" e a "belli". O caso relatado pelo Dr. Rotondi é de parasitismo pela "I. belli", que se diferen-

cia da "hominis" por ser maior e por continuar a evolução no meio exterior, ao passo que "hominis" já é expulsa do intestino com os esporozoitos formados. Esta observação, que é de Wenyon, foi confirmada por Reichenow. Mas tal achado não foi tomado na devida consideração, pelo que surgiu confusão na literatura. Em 1935, Magath, revendo a literatura, colocou "belli" na sinonímia de "hominis" e os autores posteriores o seguiram neste ponto de vista. Os casos até agora relatados no Brasil se devem à "I. belli", ainda que os autores empreguem o nome "hominis". Diz mais que, no trabalho a ser apresentado, reuniu documentação fotográfica para demonstrar que "hominis" e "belli" são espécies diferentes. A "I. hominis" se caracteriza pela maior raridade e pelo fato de ser eliminada em pequeno número. Além disso, a membrana do oocisto de "hominis" é buito frágil e os esporocistos se apresentam frequentemente isolados, com quatro esporozoitos. Diz que Raifman, escrevendo uma monografia sôbre o parasita em aprêço, trouxe mais confusão em tôrno do mesmo, por desconhecimento da literatura, chamando "bigemina" à "hominis" e "hominis" à "belli". Mas, bem examinadas as investigações até o presente, chega-se à conclusão de que há mesmo duas espécies de "Isospora" que parasitam o homem e cuja diferenciação se faz pelos caracteres que já assinalou. Em 1943, Henlich e Liebmann publicaram um trabalho, que Wenyon resumiu, e no qual os autores filiam ao ponto de vista dêste protozoologista. Em relação à patogenicidade, diz que se trata de um parasita nocivo ao organismo humano. Casos puros de isosporose, com sintomatologia acentuada, se beneficiam com a eliminação do parasita.

Dr. Edmundo Navajas — Corrobora que a frequência da isosporose não se pode considerar ínfima. No seu laboratório têm encontrado alguns casos, que se en-

quadram na descrição dada pelo Prof. Alves Meira para a "I belli".

Prof. João Alves Meira — Diz mais que a microfotografia da "hominis" é de obtenção difícil por causa da movimentação dos esporozoítos.

Leishmaniose visceral americana — Drs. Péricles Maciel e Gastão Rosenfeld — Os AA. apresentam um novo caso. O doente veio em dezembro do ano passado de Porteirinha, região de Montes Claros, no Norte de Minas Gerais. Já estava doente desde fins de 1944, com febre, baço aumentado e espontaneamente doloroso, tendo emagrecido bastante. Um de nós (Maciel) suspeitou tratar-se de leishmaniose visceral, o que foi confirmado pela punção do baço em 3-3-1946.

O doente está em tratamento com um sal antimonial novo e nacional. Os resultados estão sendo no momento espetaculares; depois de somente 4 injeções, o baço regrediu cerca de 5 dedos, deixou de ser doloroso e houve grande melhora do estado geral.

Queremos fazer um comentário sobre a raridade da moléstia. É o terceiro caso de leishmaniose visceral americana diagnosticado no Serviço do Prof. Celestino Bourroul; não há outros relatados no nosso meio além daquele de Donati, em 1922, que era originário do Mediterrâneo. Ora é muito pouco provável que os únicos 3 casos tenham por acaso entrado para essa enfermidade que conta 50 leitos, não tendo havido mais nenhum para internar-se em todas as outras enfermarias da Santa Casa e outros hospitais que totalizam um número de leitos dezenas de vezes maior, sem contar a multiplicação pelo fator tempo. A conclusão é fácil: a moléstia não é comum, porém a raridade é devida principalmente ao fato de não ser procurada, apesar do seu diagnóstico ser rápido, fácil e muito importante para o doente, pois o reconhecimento do diagnóstico resulta na indicação do tratamento antimonial que o cura quase certamente de uma moléstia grave.

SECÇÃO DE NEUROPSIQUIATRIA, EM 5 DE ABRIL DE 1946

Presidente: Dr. Henrique S. Mindlim

Síndrome de Benedikt — Dr. Wilson Brotto — O A. apresenta o caso de um paciente observado no Ambulatório de Neurologia do Hospital das Clínicas (Serviço do Prof. Aderbal Tolosa), paciente êsse que se queixava de tremor no membro superior D e diplopia. Ao exame neurológico foi encontrado: tremor de tipo parkinsoniano no membro superior D, hipertonia verificada no membro inferior D durante a marcha, presença de reflexos de postura à D, paresia dissociada do III par craneano à E; ausência de sinais piramidais de libertação e de distúrbios sensitivos ou cerebelares. Pelo exame do liquor foi encontrada discreta hiperglicorraquia (0,92).

A propósito dessa observação o A. salienta a importância

do acometimento do III par craneano à E, o que representa a nota topográfica da lesão, permitindo localizá-la no pedúnculo cerebral E. Baseando-se na associação da síndrome hipercinética à D com a paresia do III par craneano à E, faz o diagnóstico de síndrome peduncular alterna.

Em seguida, classifica as síndromes pedunculares, destacando principalmente, as síndromes pedunculares alternas; tece considerações gerais sobre cada uma delas, detendo-se na síndrome de Benedikt, da qual estuda o histórico, o conceito clínico atual e a anátomo patologia. Recordando a sintomatologia apresentada pelo paciente em estudo, o A. classifica o caso como síndrome de Bene-

dikt de provável etiologia vascular.

Termina citando as diversas causas que podem determinar o aparecimento das síndromes pedunculares alternas, destacando as alterações vasculares e as infecções a vírus.

Contribuição da eletroencefalografia para localização dos tumores e das lesões em foco do cérebro. — Drs. Paulo Pinto Pupo e Aloysio Matos Pimenta — Os AA. apresentam alguns casos de lesões cerebrais em foco 21 de meningioma parassagital na fossa anterior, 1 de traumatismo fechado do crânio — há 18 anos, com crises de ausências do tipo epilético há 4 anos e 1 de hematoma sub-dural bilateral e alterações cerebrais difusas, post-trauma crânioencefálico grave em que o

diagnóstico eletroencefalográfico foi feito com grande precisão e a confirmação neurocirúrgica em dois, radiológica em um, foi completa. Pretendem com esses resultados mostrar que a eletroencefalografia clínica já adquiriu direitos a lugar proeminente na semiologia neurológica, e permite, particularmente nos casos em que a clínica isoladamente não dá elementos suficientes, com seus resultados eminentemente objetivos firmar-se diagnósticos precisos.

Como preâmbulo a estes resultados práticos fizeram uma digressão a respeito do eletroencefalograma normal e patológico, da origem das ondas elétricas cerebrais, e particularmente do que se conhece atualmente relativo à eletroencefalografia nos casos de lesões cerebrais difusas ou focais, e entre estas, em detalhe, as causadas pelos tumores intracranianos.

SECÇÃO DE CIRURGIA, EM 10 DE ABRIL DE 1946

Presidente: Dr. Mário Degni

Aspectos modernos no tratamento do hipertireoidismo. — Dr. Nicolau Moraes Barros Filho — O autor explica, de início, que não pretende fazer uma revisão de literatura sobre o assunto mas tão somente expor o que observou nos centros médicos dos Estados Unidos e principalmente a orientação seguida na Clínica de Tireóide, do Massachusetts General Hospital em Boston, que funciona sob a direção de J. H. Means e onde teve a oportunidade de estagiar durante quasi um ano.

No tratamento do hipertireoidismo distingue dois aspectos: o tratamento médico e o tratamento cirúrgico.

O tratamento médico se caracteriza pela sua extrema simplicidade e pelo escasso número de drogas utilizadas; são elas, o iodo, o tiouracil e o iodo rádio-ativo.

O modo de ação do iodo no hipertireoidismo, segundo parecem indicar os estudos clínicos e experimentais, feitos por Rawson na

clínica de Means, parece consistir no seguinte: o iodo impede, até certo ponto, a neutralização da hormona tiro-trópica pela tireóide, daí resultando os efeitos clínicos, e histológicos que são conhecidos. Esta ação do iodo, entretanto, é apenas parcial, o que faz com que não tenha complemento de outras formas mais ativas de tratamento, como o tratamento cirúrgico.

O tiouracil, segundo tudo parece indicar, age impedindo a utilização de iodo pela tireóide, isto é, inibindo a formação da hormona tireoidiana; ele não age sobre a hormona tireoidiana pré-formada. Uma das características do tiouracil é que a sua ação se faz sentir tanto sobre os hipertireoidianos como sobre os indivíduos normais e que a sua ação não é parcial, como a do iodo, mas total; administrado em dose e durante tempo suficiente, o tiouracil leva ao mixedema, realizando, assim uma tireoidectomia total fisiológica.

Perandren

"Ciba"

Propionato de testosterona



Hormônio testicular
sintético
quimicamente puro

INDICAÇÕES:

Andrologia

Insuficiência testicular
Hipertrofia da próstata
Impotência, etc.

Ginecologia

Mastites premenstruais
Mastopatias funcionais
Metrorragias

Neurologia e Psiquiatria

Psicoses depressivas
Vasoneuroses
Insônia

Ampolas de 5 mg.
Ampolas de 10 mg.
Ampolas de 25 mg.

PRODUCTOS CHIMICOS CIBA - S. A.

RIO DE JANEIRO - Caixa Postal. 3437

SÃO PAULO - Caixa Postal. 3678

As desvantagens do tiouracil são as seguintes:

a) é dotado de elevada toxicidade (cerca de 15% dos casos) podendo levar à agranulocitose. Já são numerosos os casos de morte publicados consequentes à administração da droga.

b) o aparecimento destas reações tóxicas é absolutamente imprevisível, podendo elas instalar-se em qualquer fase do tratamento e com qualquer dose de medicamento.

c) as alterações histológicas que o tiouracil provoca na tireoide são anti-fisiológicas, pois que ele acarreta um aumento da hiperplasia e uma hipertrófia do epitélio foliular.

d) esta hiperplasia e hipertrofia, mantidas durante longo tempo podem, eventualmente, predispor ao aparecimento de um câncer, como demonstrou, experimentalmente, Bielchowski.

Em vista destas considerações, o autor é de opinião que o emprego prolongado do tiouracil, como meio único de tratamento do hipertireoidismo, não se justifica; pelo contrário, ele encontra excelente indicação como coadjuvante da cirurgia, no preparo pré-operatório onde contribui, decisivamente, para a melhora nos resultados cirúrgicos. Em vista da sua toxicidade, o tiouracil não deve ser indistintamente empregado no preparo pré-operatório de todos os casos; ele deve reservar-se àqueles de "mau risco" isto é, aqueles que não possam ser satisfatoriamente preparados só com iodo.

Em consequência da grande friabilidade e do aumento de vascularização que o tiouracil provoca na tireoide, tornando o seu manuseio cirúrgico difícil, é de conveniência associar o iodo ao tiouracil no preparo operatório; um pormenor de importância é que a administração do iodo não deve nunca preceder a administração do tiouracil, porquanto retarda a ação terapêutica deste.

O iodo-rádio-ativo é de emprego muito recente e vem sendo es-

tudado, na clínica de Means, por Earl Chapman; absorvido pela tireoide, ele atua por uma rádio-terapia "interna", que tem sobre a "externa" a vantagem de não precisar atravessar a pele e de atuar direta e individualmente sobre as células tireoidianas. É um método ainda em fase experimental.

O tratamento cirúrgico é ainda o tratamento de escolha para o hipertireoidismo: os seus resultados são brilhantes, e os seus riscos, em mãos competentes, são desprezíveis.

Do ponto de vista puramente técnico, há alguns detalhes que merecem menção especial, como sejam a necessidade ou não de seccionar os músculos pré-tireoidianos e a conveniência ou não de dissecar os nervos recorrentes.

A este respeito as opiniões se dividem, encontrando-se de um lado autoridade como Pemberton e Coller, que não seccionam os músculos nem dissecam os nervos e do outro, Cope e Lahey, que julgam de grande utilidade a execução daquelas minúcias técnicas.

Tendo acompanhado de perto o serviço dos cirurgiões referidos, o autor é de opinião, que essa divergência se explica pela quantidade de glândula retirada durante a operação; os que não seccionam os músculos e não dissecam os nervos são geralmente aqueles que se contentam com operações menos radicais e executam a tireoidectomias "parciais" deixando uma quantidade apreciável de tecido glandular; pelo contrário, as operações de Lahey e principalmente de Cope são tão radicais que a quem os assiste operar salta aos olhos a conveniência de ter o campo amplamente exposto e os nervos visualizados.

A escolha entre estas duas condutas é uma questão puramente individual; o autor, pessoalmente, estando convencido das vantagens de uma resseção mais ampla, prefere a técnica de Cope e de Lahey e por isso secciona os músculos e disseca os nervos sistematicamente.

Entre as raras contra-indicações do tratamento cirúrgico, convém mencionar os casos, felizmente raros (3 a 4 % do total) nos quais se instala uma dissociação de sintomas de tal modo que ao lado de sinais discretos ou ausentes de tireotoxicose existem sinais oculares que dominam o quadro clínico e assumem gravidade evidente; são os casos de tipo oftalmopático, na designação de Means. A experiência demonstra que nestes casos a tireoidectomia se acompanha, com frequência, de uma agravação dos sintomas oculares que podem assumir gravidade excepcional e levar às piores consequências. A hipótese patogênica aventada por Means para explicar estes casos — a saber um aumento da hormona tireotrópica em circulação como consequência da operação — é analisada minuciosamente e daí são deduzidas as normas para a orientação terapêutica destes casos, ainda muito precária.

Comentários: Dr. Sebastião Hermeto Júnior — Referiu-se ao "metil-tiouracil", droga que não existe no mercado brasileiro mas que por intermédio de um seu amigo recebera certa quantidade da Inglaterra, e que, naturalmente, era estranha ao conferencista, que não fez referência em seu trabalho.

Quanto à anestesia, disse não ver inconveniente na anestesia local, a qual julgava ser realizadora completa das finalidades de uma anestesia geral.

Quanto às operações em dois tempos disse discordar das mesmas, por estarem fóra das normas, desde que, por diversos fatores, sobreposto ao qual estava o estado geral do doente, as mesmas operações não deviam ser radicalmente abandonadas.

Com referência à secção dos músculos salientou a vantagem daquele tempo operatório.

Salientou os pormenores de técnica, que habitualmente usa em suas operações: afirmou não ser de boa técnica a exposição em todos os casos dos nervos recorrentes.

As formas generalizadas e regionais da osteose paratiroideana.

— Dr. Sebastião Hermeto Júnior — O A. fez considerações acerca do tema, tendo ocasião de exibir cinco casos, dois dos quais eram regionais.

Após considerações várias sobre o assunto, disse que concluiria, pela frequência do adenoma, porém, não de 100% como admitiam certos autores. O A. projeta uma série de 45 diapositivos sobre a sua casuística pessoal.

SECÇÃO DE PEDIATRIA, EM 12 DE JULHO DE 1946

Presidente: Dr. Vicente Lara

Estudo do Rh na anemia de von Jacksh — Dr. Frederico Ottensooer — Passando em revista as noções primordiais sobre o fator Rh abordou seus anteriores trabalhos feitos com R. Pasqualin. Foi encontrada, em S. Paulo, a mesma incidência de Rh que na América do Norte e na Europa (mediante o soro diagnóstico comum, cerca de 85% de Rh-positivos e 15% de negativos).

Como é sabido, indivíduos Rh-negativos, em cujo organismo en-

tra o fator Rh, podem formar anticorpos anti-Rh. Tal sensibilização acontece 1.º quando um indivíduo Rh-negativo recebe sangue Rh-positivo e 2.º quando u'a mãe Rh-negativa tem um feto Rh-positivo.

Os sensibilizados estão expostos a reações hemolíticas "intra-grupo" que acontecem embora os grupos clássicos sejam compatíveis nestes casos.

O anticorpo anti-Rh de u'a mãe Rh-negativa pode prejudicar tam-

bém o feto Rh-positivo destruindo os eritrócitos dêle, donde a eritroblastose. Em mais de 90% dos casos de eritroblastose acha-se o quadro sorológico característico

	pai	mãe	filho (eritroblast.)
Rh	pos.	neg.	pos.

Sobre a sorte futura dos pacientes eritroblastóticos sobreviventes não se conhece o bastante, embora certas sequelas da doença tenham sido descritas. Surge, pois, a questão se a eritroblastose fetal poderá passar a uma anemia hemolítica infantil.

Entre as hemopatias da infância, a que mais se aproxima à eritroblastose, clínica e hematologicamente, é a anemia de von Jacksh. Durante os últimos anos V. Lara e J. de Paula e Silva seguiram três casos desta rara doença. Notaram abortos em 2 das respectivas mães — acontecimentos característicos na eritroblastose. Esperavam particularidades do quadro sorológico, nestas três famílias, e pediram ao autor fazer provas de Rh.

Numa das famílias com pacientes de von Jacksh apresentou-se o quadro típico da eritroblastose: mãe Rh-neg., pai e filha Rh-pos. E', por isso, de admitir, nesse caso de von Jacksh, a etiologia ser a mesma que em cerca de 90% dos casos de eritroblastose.

Nas duas outras famílias repetiu-se a combinação de mãe Rh-negativa e pai Rh-pos. Como esta combinação na população geral, é bastante rara, uma intervenção do fator Rh na anemia de von Jacksh parece estatisticamente demonstrada.

As duas últimas pacientes deram reações Rh-negativas, mas há indícios, todavia não conclusivos, que as reações originais foram positivas. Numa das pacientes que tem grupo AB, as reações deste aglutinogênio também, estiveram muito debilitadas. Mas no 3.º paciente, que tem grupo A, este aglutinogênio reage com a mesma intensidade que nos pais e irmãos. Existem, porém, outros sinais que suportam a idéia de que esta pa-

ciente tenha sido originalmente Rh-positiva. A história obstétrica materna e a distribuição de tipos e sub-tipos de Rh nos irmãos da paciente, sugerem para o pai Rh-positivo um genotipo homozigoto.

Nesta hipótese — das reações de Rh originalmente positivas —, a patogenia em todos os 3 casos seria idêntica à da eritroblastose e devida a uma ação direta e específica do anti-corpo materno anti-Rh, "in utero".

Na outra alternativa, de uma ou duas das pacientes serem, na verdade, Rh-negativa, a interpretação poderia ser procurada numa ação indireta mas igualmente iniciada pelo anticorpo anti-Rh, em analogia a novas concepções sobre a anemia macrocítica das grávidas.

Comentários — Dr. Gastão Rosenfeld — Há uma dificuldade séria na interpretação dada pelo Dr. Ottensooser; entre os seus três casos, uma estaria de acordo pois a criança e o pai eram Rh positivos e a mãe Rh negativa, porém dois contradizem a hipótese pois ambas as crianças eram Rh negativas enquanto os pais eram semelhantes aos do primeiro caso. Se a etiologia fôsse semelhante à das eritroblastoses fetais as exceções já seriam por demais frequentes. O autor para explicar essas exceções emite a hipótese de que as crianças Rh negativas no início eram Rh positivas, nesse caso, o que é pouco provável sendo essa a causa da reação dos órgãos hematopoiéticos, seria esta mais intensa ao nascer e diminuiria com o tempo, no entanto as alterações sanguíneas apareceram muito tarde.

Outro ponto refere-se ao diagnóstico da moléstia de von Jacksh. Essa moléstia no tempo em que foi descrita podia ser aceita como entidade mórbida, mas já há muito que foi considerada apenas como síndrome e atualmente foi desmembrada em várias moléstias definidas com reação hematopoiética semelhante apenas nas linhas gerais, casos rotulados com esse



A foice perdeu o corte

ARSENOX

possue um índice de eficácia e tolerância, como anti-sifilítico, superior ao de qualquer outro preparado arsenical introduzido desde os dias de Ehrlich. Os resultados obtidos com mais de 10 milhões de injeções nos últimos sete anos, justificam a afirmativa de que Arsenox é a arma terapêutica mais eficiente contra a grande ceifadora de vidas.

Sendo diretamente espiroquetocida, não sofrendo portanto nenhuma transformação química no organismo, Arsenox tem um valor parasiticida constante, que permite o tratamento intensivo da sífilis com doses relativamente pequenas de arsênico. As reações desfavoráveis são mais benignas e menos frequentes do que as provocadas pelo uso da arsenamina e neocarstenamina.

PARKE, DAVIS & COMPANHIA

diagnóstico hoje, devem ser considerados mal diagnosticados; ou pertencem às moléstias congênicas da eritropoiese bem definidas ou são simples reações inespecíficas a causas diversas e nesse caso deverá ser feito o diagnóstico da causa, sem reações inespecíficas que não podem ser consideradas como entidade mórbida.

Além disso é preciso considerar que, quando o fator Rh é a causa de perturbações dessa ordem, as manifestações são intensas ao nascer ou imediatamente depois e quando há sobrevida vão desaparecendo gradualmente, regularizando-se o quadro hematológico até cerca do 4.º mês de vida pela eliminação gradual dos anticorpos anti Rh recebidos da mãe. Ora, o síndrome de von Jacksh é definido como aparecendo sempre após o 3.º mês no mínimo e manifestando-se até o 3.º ano. Essa diferenciação é nítida pois sendo a última reação devida a causa ocorrentes posteriormente durante a vida da criança, ela só aparece depois e não no início, distinguindo-se claramente das anomalias devidas ao fator Rh que se manifestam no começo da vida.

E' sem dúvida alguma a etio-patogenia da eritroblastose uma das conquistas capitais de nossos dias de certo modo, a sua importância avultou de muito por ter-se tornado verdadeiro traço de união entre três setores distintos de nossa medicina.

As conclusões das investigações, que vieram desfazer os mistérios que tão densamente a envolviam, não foram buscadas diretamente em função dela própria, pois, como é sabido, outros eram os objetivos de Landsteiner e Wiener, e diziam eles respeito à incôgnita dos insucessos repetidamente verificados em determinadas transfusões de sangue, embora fôsse prévia e devidamente assegurada a perfeita determinação do tipo sanguíneo.

Mas, na fortuidade desta ocorrência, reside precisamente o en-

carecimento de quão necessário se faz que os conhecimentos médicos de cada especialista não se restrinjam rigorosamente ao campo a que dedica a sua atividade.

Não obstante isto, cumpre frisar que sem a colaboração do obstetra e do pediatra nada se teria logrado. Foi a experiência e o saber de cada um, somados, que atingiu o todo que permitiu o encontro da solução almejada.

Esta aquisição não foi puramente doutrinária; grandes e imediatas foram as suas aplicações práticas.

Estancou para sempre a fonte de desapontamentos constituída pela transfusão, quando dela se lançava mão como único apêlo nos casos de eritroblastose. Sem maiores receios continuamos a empregar-la, seguros que nos encontramos de achar-nos ao abrigo das frequentes e cruéis decepções de outrora.

E essas mesmas transfusões, quando procedida nos leitos das maternidades ou nos hospitais, tornam-se isentas de reações violentas e temíveis, mercê das providências com que se cercam, atualmente, os bancos de sangue em referência ao fator Rh.

Para o lado da clínica não menos importantes e não menos úteis foram as suas consequências.

Embora na ausência de qualquer fundamento clínico ou serológico, o aborto e a mortalidade néo-natal incriminadas tantas e tantas vezes à sífilis, — verdadeiro bôde expiatório de nossas incertezas e nossa ignorância, — passaram agora a ter muitas vezes conhecidas a sua verdadeira causa.

E o pediatra, fiel como sempre ao postulado que lhe parece ser sagrado, de que a alimentação natural sobrepõe-se a toda e qualquer outra, constituindo o melhor viático para um crescimento florido e feliz, vê surgir uma cláusula a mais para o número limitadíssimo de contra-indicações formais para a amamentação ao seio.

A observação dos clínicos antigos, de que as crianças com eritroblastose não prosperavam satisfatoriamente quando aleitadas pelas suas genitoras, foi cabalmente comprovada pelos achados modernos. Com efeito, tanto no colostro como no leite das mães dos eritroblastóticos, puderam ser evidenciadas as aglutininas anti-Rh.

Davidsohn chama a atenção para este perigo, que ele justamente julga não ser de pouca monta, considerando que o volume de leite ingerido de maneira alguma é desprezível, bem como fácil e grande é a permeabilidade da mucosa intestinal.

É notório que, a cada descoberta na medicina, na química, na física, ou em qualquer outro domínio científico, seguem-se muitas outras de igual natureza, e demais se presta como base de trabalho para que novas pesquisas sejam levadas a termo em terreno que, até então, tinha sido explorado em vão.

Temos dois exemplos típicos dessa possibilidade que muito a propósito aqui poderiam ser invocados: o primeiro deles, já referido pelo conferencista, prende-se à tentativa de explicação, até o momento frustrada, de ver qual a correlação que o fator Rh poderia ter com a anemia de Cooley.

O segundo encontra-se nesta revista — "The Journal of Heredity", maio de 1944, que tenho em mãos e que se intitula "The Rh gene as a cause of mental deficiency".

Doutrina Robert Cook, que é quem escreve o referido artigo, que os tecidos do sistema nervoso central caracterizam-se pela sua extrema suscetibilidade à anoxemia, e na vigência da asfixia, antes que qualquer outro órgão, é o cérebro o primeiro a ser atingido, acrescentando — o que é mais grave — que tais lesões são de caráter definitivo.

Nessa ordem de considerações, aventa ele a explicação seguinte para os casos de digofrenia:

O sangue fetal, espoliado em sua riqueza globular pelas aglutininas anti-Rh de origem materna, acha-se incapacitado de carrear, aos tecidos que irriga, a quantidade ideal de oxigênio de que eles grandemente carecem, em vista do seu intenso desenvolvimento.

Desde o momento em que se registre irregularidade ou deficiência no aprovisionamento deste elemento vital, ressentem-se incontinenti, o cérebro, cujo aumento passa, daí por diante, a ser claudicante ou mesmo inibido parcial ou totalmente.

Em tais circunstâncias sugere o autor, baseado nas investigações de Diamond — segundo as quais a quantidade de anticorpos que circula no sangue materno passa a aumentar somente a partir do 8.º mês — que se controle periodicamente o valor destas aglutininas, e, a partir do instante, em que o seu teor comece a elevar-se, que se proceda o delivramento tão cedo quanto possível.

Esta conduta condiciona o único recurso de prevenção a que se pode apelar, pois ela implica em furtar o feto a uma condenação que, de outra maneira, seria inapelável.

O que levou Robert Cook a conjecturar esta hipótese foi a comprovação, que teve oportunidade de fazer, de que a incidência do fator Rh negativo nas mães das crianças oligofrênicas era expressivamente maior do que a encontrada no meio da população em geral.

Como que para tornar o espanto maior, refere ainda este autor que Levine sugere que o mecanismo da paralisia espástica talvez venha a encontrar no fenômeno da isoimunização a decifração de seu grande segredo.

Perde esta conjectura um pouco de seu sensacionalismo — que se não fôra isto fatalmente teria — mercê da interpretação já bastante divulgada que, sem fazer tábua rasa dos traumatismos obstétricos e dos antecedentes patológicos intra-uterino, reconhece, todavia, a intervenção pura e simples de fa-

tores genéticos no aparecimento da paralisia cerebral congenita.

Há a ressaltar ainda o valor da indagação feita pelo conferencista sobre a frequência dos indivíduos Rh positivo e Rh negativo em nossa capital. Repetidas investigações procedidas no estrangeiro, têm demonstrado que a sua distribuição não se faz homogeneamente pelos povos pertencentes a raças diferentes.

Verificou-se, assim, que a incidência dos Rh negativos entre os indivíduos brancos orça aproximadamente em 15%, ao passo que no meio dos pretos oscila de 5 a 8%.

Contrastando com um e outro grupo, os inquéritos levados a termo no meio dos chineses salientaram ser excepcional a eritroblastose, a tal ponto que em uma revisão da literatura médica chinesa, de 1942 até a presente data, apurou-se o registro de um só caso.

Interessante é, portanto, salientar que os percentuais que o dr. Ottensooser registrou superpõem-se aos achados alienígenas, tanto ao que se refere ao branco como ao negro.

Dr. Frederico Ottensooser — Para o Dr. Gastão, a anemia de von Jacksh não é uma doença. Não seria autônoma mas apenas um síndrome e constituiria uma única doença com a anemia de Cooley. Parece, antes, uma questão de clínica do que de sorologia. Foram, porém, os estudos sorológicos assinalados que tornaram a eritroblastose uma entidade mórbida. Ora, se definimos "doença" como síndrome + fator etiológico, a anemia de von Jacksh o é. Apresenta um síndrome característico sendo ainda estabelecido, agora, um fator etiológico, o Rh.

Na 1.^a família com paciente de von Jacksh, o quadro sorológico foi idêntico ao da eritroblastose. Portanto, terá sido análogo também o trauma pré-natal, o ataque

hemolítico iniciado "in utero" pelo anticorpo anti-Rh. As lesões eritroblastóticas ficaram, presumivelmente, latentes e, somente decorridos vários meses, apareceram os sinais de von Jacksh, como sequelas da eritroblastose. O Dr. Gastão estranha êsse intervalo. Mas tais intervalos pertencem às propriedades mais características das anemias hemolíticas em que duas crises, mesmo separadas por um longo intervalo, na vida extrauterina, são atribuídas à mesma hemopatia. por que, então, não ligar também, um ataque intrauterino com uma crise posterior mediante o mesmo fator etiológico, o Rh?

Através do quadro sorológico, na 1.^a família, a causa inicial de certos casos de von Jacksh me parece esclarecida. Acresce a prova estatística decorrente do achado que em todas as 3 famílias, as mães foram Rh-negativas e os pais Rh-positivos. Logo, o Rh intervém em todos os 3 casos. Até aqui, julgo seguros meus resultados e conclusões. No entanto, minhas ulteriores tentativas de especificar o papel do Rh levam, em 2 dos casos, bastante longe para o reino das hipóteses. Eu mesmo o apontei e estou, neste ponto, de acôrdo com o Dr. Gastão.

Contribuição ao estudo da anemia de von Jacksh — Drs. Vicente Lara, José de Paula Silva e Roberto B. Silveira — A anemia de von Jacksh é tida e havida desde muito como uma das mais discutidas hemopatias. Longe, muito longe está de ser unânime o consenso a seu respeito. Como todos aqui muito bem sabem ela tem sido motivo de interminas e acirradas contendas e constitui ainda uma tése sobre a qual não se pode discurrir sem provocar debates e, não raro, até mal-entendidos.

Tão controversa é ela que muitos autores há de prestigiosa autoridade que lhe negam o direito de existência. Contudo, existem outros, em número bem menos reduzido, é verdade, mas não sem merecimento, que admitem ter boas razões científicas para continua-

[illegible]

rem a aceitá-la, ao menos até prova definitiva em contrário, embora sejam os primeiros a reconhecer a sua extrema raridade.

Há tanta dúvida e incerteza a seu respeito que não é possível, a quem lhe falte autoridade na matéria, como é o caso presente, tratá-la, sob qualquer aspecto, sem incorrer em atitudes menos seguros e expôr-se de cheio aos mais perigosos ataques.

Seria, portanto, de bom aviso que ficasse bem explícito que esta tentativa de interpretação de maneira alguma tem a veleidade de ser definitiva e de dirimir tôdas as dúvidas que podem ou poderão nos assaltar. Nem por sombra animamos a presunção de dizer a última palavra. E certos, certíssimos mesmo, estamos que ela não se acha escoimada de senões, e, chegamos até a admitir, de êrros também.

E' óbvio que unicamente uma observação mais dilatada é que poderá resolver decisivamente a questão.

Como tiveram oportunidade de vêr a hipótese arquetetada não é uma improvisação e muito menos uma suposição arbitrária.

Ela fundamenta-se em princípios de identidade bastante concretos que têm a apoiá-los recentíssimas, sólidas e indiscutidas aquisições científicas.

Consequentemente, não nos parece que "in limine" deva ser rejeitada.

Este raciocínio impõe-se como perfeita norma de trabalho, visto que, por ciência, não se compreende exclusivamente o acervo de conhecimentos definitivamente assehorados ou sejam as conquistas do saber, mas, também, o conjunto de hipóteses e teorias acêrca de problemas que aguardam solução e que, uma vez confirmadas, não só veem abrir novas perspectivas como, frequentemente, permitem chegar a conclusões de grande interesse prático; e, infirmadas, norteam o pensamento científico em outras direções até que um dia seja a verdade encontrada.

Se isto é certo para as ciências exatas, o que seria para a nossa

medicina, que o Prof. Pinheiro Guimarães definia como a ciência de verdades transitórias?

Aliás, é mistér não nos esquecermos que Alexis Carrel, que tem o seu nome imortalizado como um dos maiores cientistas de todos os tempos, afirma, em um dos seus escritos, que a hipótese, mesmo quando ousada, é necessária para o progresso do conhecimento.

Estamos de tal forma obsecados com a complexidade e magnitude das interpretações de muitos de nossos fenômenos que, em regra geral, a nós médicos, nos repugna à primeira vista, quando a explicação, que se propõe para deslindar qualquer um dêles, é extremamente simples.

Daí o irônico comentário que Cook faz preceder a interpretação que idealizou para explicar o "modus operandi" do fator Rh na oligofrenia: "One explanation which suggest itself is so simple and direct that is probably wrong".

Nada mais verdadeiro ante o nosso espírito pragmatista.

A casuística em número absoluto é realmente pequena, mas, o mesmo não acontece se atentarmos à raridade da pseudo leucemia infantum. A este propósito gostaria de ressaltar que das três observações apresentadas, somente uma delas, isto é, aquela em que o paciente Rh positivo, a mãe Rh negativa e o pai Rh positivo, me pertence.

Dada a grande diversidade de opinião, só poderão discutir o mecanismo proposto, entre tantas outras hipóteses formuladas, sem melhor fortuna, para a explicação dêste processo nosológico, aqueles que lhe reconhecem direito de existência.

De fato, para os que têm vistas diversas não passaria de estranhável incoerência o querer julgar sobre a matéria, de vez que não se pode firmar doutrina sobre o mecanismo daquilo que não se admite que exista.

O entendimento de ambas as correntes neste particular de forma alguma é admissível, visto ser impossível as concessões mútuas, à conta que uma afirma e outra nega. Opinar nestas condições é pretender raciocinar à revelia de qualquer lógica.

Já nos disse o Prof. Ottensooser os "comos" e os "porquês" da concepção que fomos levados a admitir. Resta-nos dizer, também, que sem irmos ao encaixo da originalidade, influenciou em nosso ânimo expressivo conceito de Ingenieiros que jamais olvidamos: — "a rotina síntese de todas as renúncias é o hábito de renunciar a pensar".

Dr. José de Paula e Silva: O autor depois de apresentar o problema clínico da anemia de von Jacksh, o problema diagnóstico e as discussões feitas em torno da individualização da referida entidade mórbida, incluída por uns como síndrome e por outros como entidade clínica distinta, faz um apanhado geral da mesma doença cotejando-a com a anemia de Cooley, eritroblastose fetal e estuda

também as eritroblastemias em diferentes condições mórbidas. Tendo sido impossível enquadrar os quadros clínicos e hematológicos dos casos estudados em qualquer hemopatia conhecida, bem como em reações secundárias a outros processos mórbidos distintos; apresenta em torno das discussões etiopatogênicas os motivos pelos quais foi levado a concluir como segue:

1. A anemia de von Jacksh é provavelmente dependente do fator Rh.

2. A eritroblastose que a caracteriza dar-lhe-ia um parentesco etiológico com a eritroblastose fetal tratando-se de quadros atenuados ao mesmo tempo que a afastaria da anemia de Cooley.

3. Ela pode atingir a indivíduos de qualquer raça desde que se obedecesse ao trinômio — pae Rh positivo, mãe — Rh — filho Rh positivo ou negativo, enquanto que o Cooley atinge apenas à pacientes cujos pais são da Bacia do Mediterrâneo.

4. Poder-se-ia fazer o seguinte quadro comparativo entre:

	An. de von Jacksh	An. de Cooley
Idade e sexo	depois do 2.º mês — qualquer	depois do 2.º mês — qualquer
Fator Rh	dependente	independente
Sinais hematológicos	Anemia c/ eritroblastemia e leucocitose c/ aparecimento de células jovens	Anemia c/ eritroblastemia e c/ leucócitos
Medula óssea	proliferativa	proliferativa
Focos de metaplasia	poucos ou inexistentes	numerosos
Hepato esplenomegalia	presente, predominantemente esplenomegalia	grande
Lesões ósseas	ausentes	presentes, acentuando-se com a evolução do processo
Evoluções hematológicas	regressiva	progressiva
Aspecto clínico	ausência	Mongoloide — depressão dos ossos nasais, alargamento das narinas, acentuação da rede venosa, da face e temporas

Comentários: Dr. Gastão Rosenfeld — Atualmente que se pôde diagnosticar tôdas essas moléstias não se encontra mais nenhuma forma que possa ficar definida como moléstia de von Jacksh. Aliás já Hayem, Naegeli, etc. consideravam como simples reação inespecífica a diversas causas que hoje podem ser diagnosticadas passando então a ser consideradas como moléstias específicas devidas a essas causas. Os hemtologistas mo-

dernos e os que tratam de hematologia infantil já não consideram o von Jacksh como moléstia e os mais recentes nem como síndrome. Quanto ao fato de que os grandes hematologistas consideravam a existência dessa moléstia ou síndrome, só tenho a dizer que naquela época não eram conhecidos fatos descobertos posteriormente às suas obras, e que eles hoje provavelmente mudariam de opinião.

SECÇÃO DE PEDIATRIA, EM 13 DE AGOSTO DE 1945

Presidente: Dr. Vicente Lara

Tratamento das vulvo-vaginites na infância — Dr. Licínio Dutra — Atendendo ao convite que lhe foi feito pela mesa da Secção de Pediatria, o A. pronunciou uma conferência sobre o tema acima que, no final, solicitou fosse posto em discussão, dado o interesse despertado.

Após focalizar o tema, pondo em destaque o seu conhecimento, tanto entre pediatras como entre ginecologistas, o autor explanou o conceito de corrimentos na infância e estudou os fatos etiológicos (gonocócico 70%, diftérico, monilioso, tricomoniásico e outros germes estafilo, estrepto e coli). Focalizou o problema social que apresenta tal ginecopia e estudou o contágio. Em seguida focalizou o problema, que constitui o tratamento dessas afecções, considerando a diferença dos meios terapêuticos antes e depois da puberdade. Tem importância conhecer em seus detalhes as diferenças anatómicas, histológicas, bioquímicas e bacteriológica. O fato hormonal constitui o elemento de primeira grandeza, pois a foliculina, de origem materna na recém-nascida e após a puberdade, determina alterações histológicas e bioquímicas, que tornam o meio vaginal impróprio ao desenvolvimento dos germes patógenos e propícios à flora benéfica representada pelos bacilos de Doderlein.

O assunto foi então amplamente discutido, com farta documenta-

ção e projeção de quadros do pH vaginal e, tipos de flora vaginal (graus de pureza de Mann of Hauerlin). Estudando os fatores bacteriológicos, o autor afirmou que, enquanto o gonocóco determina na menina uma vaginite, na mulher adulta ocasiona uma paravaginite, instalando ninhos de resistência nos glândulos de Skene, Bartolin e da região cervical.

A técnica terapêutica das vaginites na infância pode ser dividida em três períodos: o primeiro vai até os estudos de Lewis, em 1933, quando o hormona folicular foi empregado pela primeira vez com essa finalidade. Até então eram utilizadas substâncias químicas várias: fucsina básica, permanganato de potássio, prata coloidal, mercúrio-cromo, rivanol, sulfato de zinco, sublimado corrosivo, ácido picrico, vacinas sob várias formas: oleosas, formoladas, fenicadas, gonocócicas de 10 a 200 milhões, culturas de bacilos lácticos e até vulvo-vacinação e, proteínas. No segundo período, fundamentados nos trabalhos de Lewis, os autores empregaram a foliculina, sob várias formas farmacêuticas, a princípio em doses variáveis até que a prática demonstrou ser a dosagem melhor 10.000 UBI, uma vez por semana, injetada. Seguiu-se logo o emprego, também com bom resultado, dos estrógenos sintéticos. Ainda nesse período incluímos o emprego das sulfas, sob as mais variadas formas e fórmu-

ELECTRARGOL

PRATA COLOIDAL ELETRICA ISOTANICA ESTABILIZADA

ANTI-INFECCIOSO GERAL E LOCAL

de

Ação leucocitogenea e fagocitaria comprovada

Empolas de 5 cc. - Caixas de 3, 6 e 50 emp.

Empolas conta-gotas de 25 cc.

para instilações nazo-oculares.

Laboratorios GLIN — Comar & Cie. — Paris

POMADA DE INSULINA BYLA

Agente de cicatrização local

BISNAGAS DE 12 GRS. CONTENDO 60 U. I.

Ulceras varicosas - Chagas atonicas - Antrazes

Etablissements BYLA - Paris

Produtos Fabricados pelos

LABORATORIOS GALLIA, LTDA.

RUA DR. SÁ FREIRE, 27 — RIO DE JANEIRO

Agentes e distribuidores: F. PIERRE & CIA. LTDA.

RIO DE JANEIRO

C. POSTAL, 499

SÃO PAULO

TEL. 6-5111

las, só ou associadas aos produtos estrogênicos. Finalmente no terceiro período, o atual, ainda sob investigação e estudo, temos o emprêgo do princípio do "Penicilinum notatum", só ou associado à hormona folicular.

Após essa passagem rápida dos fundamentos da terapêutica o autor estudou particularmente as diferentes modalidades de afecções e o seu tratamento. Neste resumo serão tão sómente focalizadas as conclusões expostas:

"Tricomoniase vaginal", rara na infância, se apresenta com corrimento branco e espumoso, com prurido intenso, manchas potequiais vinhosas, cujo protozoário é facilmente identificado ao exame direto. O tratamento consiste em mudar o pH de 6 para 4, por meio da hormona folicular, associada ao picrato de prata, sob a forma de geleia ou óvulos, com 94% de êxito.

"Monilia albicans", relativamente frequente, determina a conhecida vaginite aftosa, caracterizada por áreas brancas, tendo zonas hiperêmicas ao redor, às vezes ulceradas e intertrigo. O exame microscópico revela micélio e esporos e, o pH vaginal acusa 5,5 a 6,8. Floriano de Almeida assinala infestação da mãe ao lactente no parto e durante as mamadas (ragadias). O tratamento atual encontra resultado no emprêgo de violeta de genciana e do picrato de prata (97% de êxito, só ou associado à hormona folicular).

"Vaginite diftérica", em que a lesão quase sempre é secundária ao rino-faringe. A literatura refere o caso de duas meninas inglesas, em que uma apresentou lesão faringea e outra na vulva. O exame direto das membranas e a cultura revelaram o bacilo de Klebs-Loeffer. Essa forma de vaginite exige tratamento cuidadoso, pois além da gravidade da moléstia, pode determinar a atresia vaginal, devida à cicatrização da escara. O tratamento se faz pelo emprêgo do soro anti-diftérico e hormona estrogênico.

56)

"Vaginites inespecíficas", diagnosticadas por exclusão e devidas ao estrepto stafilocóco, bacilo coli ou infecção fuso-espirilar, são vistas com frequência. Podemos obter a cura pelo emprêgo das sulfas e da hormona folicular, sob a forma de velas de 500 V. I.

"Vaginite à gonocóco", a mais frequente e a mais temida, é caracterizada por corrimento amarelo muco-purulento, acompanhado de distúrbios urinários, às vezes dór hipogástrica e febre. O assunto já é bem conhecido, pois o autor teve a oportunidade de discutir o assunto nesta Secção, publicado em "Pediatria Prática", Nov.-Dez., 1938 e "Anais Bras. Ginec.". Out. de 1938. Atualmente o tratamento da afecção se faz fundamentalmente pela administração de 10.000 UBI de hormona folicular, que retermina a transformação histo-biológica da vagina, tornando-a imprópria ao desenvolvimento do gonocóco. Essa medicação deverá ser associada à lavagem vaginal de suspensões coloidais de prata, sulfas ou penicilina, em 5 injeções de 20.000 UO, em 24 horas.

Num futuro próximo a técnica será simplificada ao esquema seguinte: Penicilina 10.000 UO., em 1 cc de suspensão cero-oleosa, 1 injeção semanal de 10.000 UBI de hormona folicular, num total de 4 injeções e tratamento local dos focos. Para êxito do tratamento o autor procede o contróle biológico através de esfregaços vaginais para estudo não só da citologia, como também da flora e da determinação do pH vaginal, por meio de papeis de nitrozone. Constatou que a garantia de cura exige a manutenção do pH vaginal, em torno de 4, durante um prazo de, no mínimo 2 meses, após a conclusão do tratamento.

Meningite por bacilo "Hemofilo Influenza" em um lactente de 7 meses, tratado com a associação sulfamida e penicilina. — Pedro Refinetti. — O A. comunica um caso de meningite por bacilo He-

mofoilo Influenza em um lactente de 7 mēses tratado com a associação sulfamida-penicilina.

"Sulfamida" — A sulfamida empregada foi a sulfadiazina em doses altas de 0,30 a 0,60 por quilo de pēso. Durante todo o decurso da moléstia a criança pesando 4.600 gramas ingeriu uma dose total de 43 gramas do produto. Apesar do medicamento ter sido administrado de uma maneira constante a dosagem da sulfa no liquor chegou a uma concentração ótima sōmente durante poucos dias na fase mais adiantada da moléstia.

"Penicilina intra-muscular" — Foram aplicadas 1.455.000 Unidades de penicilina pela via intra-muscular com a dosagem de 10.000 U. de 3 em 3 horas e depois 15.000 U. de 4 em 4 horas.

"Penicilina intra-raqueana" — Em 25 punções raqueanas foram aplicadas um total de 55.000 U. A via sub-occipital foi empregada 3 vēzes. Em cada punção foi injetada 10.000 U. de penicilina. Não foi verificada nenhuma reação com o mprēgo do medicamento por esta via de introdução.

"Quadro clínico" — Trata-se de uma criança em pēssimo estado geral, portadora de uma distrofia grave e os exames complementares vieram mostrar que além deste estado apresentava a serologia positiva para a sífilis e o exame dos raios X dos óssos mostrou um quadro de raquitismo.

O quadro meningítico instalou-se logo no dia seguinte à entrada no hospital. A evolução da meningite decorreu sob uma forma prolongada (33 dias). Apresentou um periodo agudo de 8 dias e duas recaídas. Uma de 4 dias e outra de 7 dias, separadas uma da outra com fases de completa apirexia.

"Quadro liquorico" — O quadro liquorico foi estudado de acōrdo com as fases da moléstia, mostrando que alguns elementos permitiram acompanhar as melhoras aparentes. O reticulo fibrinoso foi observado desde o início da molés-

tia permanecendo presente mesmo durante os periodos de remissão aparente. O número de células não ultrapassou de 3.000, sendo que na maioria das vēzes manteve-se ao redōr de 300 células. A taxa de glicose acompanhou as 3 fases, baixa no início e elevando-se na parte final, porém nunca com números francamente normais; cumpre notar que na terceira fase apresentou as taxas mais baixas, iniciando com uma quēda de 0,66 para 0,0, isto é, taxa inferior à 0,10 grs., por mil. As proteínas, na primeira e segunda fases da moléstia permaneceram em tōrno de meia grama por mil; na segunda remissão elevou-se a 1,0 até 1,5 grs. por mil permanecendo assim elevama até à cura definitiva, quando se normalizou. Os cloretos apareceram com a sua taxa diminuida, porém não tão baixa, como se costuma observar nas meningites piogênicas, havendo oscilações para melhor nos periodos de remissão. O exame bacteriológico dirēto marca as 3 fases da moléstia. A sua negatificação observou-se 3 vēzes, inicialmente com mais demora e depois com maior rapidez.

Após fazer considerações sōbre os tratamentos o A. conclue que o tratamento associado sulfamida-penicilina curou a meningite por bacilo hemófilo em uma lactente em pēssimas condições gerais portador de luēs congênita e raquitismo.

A penicilina injetada (1.450.000 U.), não fez descer o valor do Wassermann, permanecendo com os mesmos valores no segundo exame (++) e após 32 dias de terminado o tratamento passou para valores mais altos (++++).

Comentários: Dr. J. A. Mesquita Sampaio — Queria fazer algumas considerações sōbre o tratamento pela sulfa, pois que, empregado em altas doses provoca vômitos. Deveria ser empregada a tiazina, uma vez que na meningite em geral, se consegue melhores resultados com tiazina.

SECÇÃO DE PEDIATRIA, EM 12 DE SETEMBRO DE 1945

Presidente: Dr. Vicente Lara

Sobre um caso de meningite por estafilococcus curado com sulfá e penicilina — Drs. Pedro Refinetti, Octávio Lemmi e José Dourado. — Os AA. fazem em primeiro lugar um rápido comentário sobre o prognóstico das meningites e, particularmente, das meningites por estafilococcus, antes e depois do advento da quimioterapia antibacteriana específica, representada pelas sulfas. Estudam depois, em considerações gerais, as sulfas e a penicilina, observando as vias de introdução e o aproveitamento desses medicamentos segundo essas vias. Relatam a seguir um caso de meningite por estafilococcus, conseqüente a sinusite, tratado com absoluto sucesso pela sulfadiazina associada à penicilina. A sulfadiazina foi introduzida por via oral e a penicilina por via intramuscular e intratecal. A evolução do caso foi seguida por exames do líquido cefalorraqueano, diariamente.

Considerações em torno de um caso de anemia falciforme — Drs. Gomes de Matos e J. de Paula e Silva. — Trazendo à apreciação dos colegas um caso de anemia de

células falciformes com a sua documentação essencial, mas ainda sem o complemento de certos aspectos particulares da doença que a exiguidade do tempo e as dificuldades próprias de obtenção de certos exames, ainda não permitiram. Oportunamente serão dadas a conhecer as falhas aqui apresentadas. O essencial para a classificação do caso será exposto e exibido pelo meu companheiro José de Paula e Silva. Trata-se de um menino mestiço de 4 anos, que vem apresentando, desde um ano de idade, crises de icterícia. A suspeita de tratar-se de uma icterícia hemolítica, levou-nos a proceder aos exames indicados, tendo-se por esta ocasião verificado a presença de células falciformes em grande número na lamina corada. Fígado (+++), Baço não é palpável e sua figura de percussão não está aumentada. O exame radiográfico dos ossos longos e do crâneo não ofereceu nenhuma das particularidades destes casos. A radiografia do coração revelou a presença e aumento global da área cardíaca. Proximamente serão procedidos os exames do fundo do olho e electrocardiográfico.

SECÇÃO DE PEDIATRIA, EM 13 DE OUTUBRO DE 1945

Presidente: Dr. Vicente Lara

Enurese — Dr. Joy Arruda. — Tece comentários sobre a extensa literatura nacional e estrangeira existente sobre o assunto, mostrando o exagero a que tem chegado inúmeras teorias e hipóteses acerca da etiologia e tratamento. Registra a importância dos últimos trabalhos ingleses e americanos, citando dentre os mais importantes os de Anna Freud e Dorothy T. Burlingham, Berdie e Wallen, Phyllis Greenacre, e outros, todos concordes que a enurese, antiga-

mente considerada como sintoma simples e sem importância e com etiologia semelhante para todos os casos, respondendo favoravelmente a determinada forma de tratamento, é hoje em dia, vista como de alto significado psicopatológico, de etiologia complexa onde fatores de ordem física, psíquica e social exercem papel variável de caso para caso e cujo tratamento tende a visar não só os fatores em causa, mas principalmente a personalidade global da criança. Ex-

põe a seguir o seu material, analisando-o minuciosamente, ilustrando-o com gráficos e observações clínicas e concluindo de maneira idêntica a dos modernos autores anglo-americanos, conforme reproduzido acima. Salienta o valor das clínicas de orientação infantil, na terapêutica destes casos, onde os profissionais que nelas trabalham poderão facilmente executar um programa complexo de tratamento como seja o exigido para cada caso individual.

Comentários: Dr. Pedro Refinetti — Desejo um esclarecimento sobre o fato se os casos tratados eram enuréticos, que vinham da tenra infância ou casos em que se manifestou mais tardiamente, isto é, no decorrer da infância. Nestes últimos anos, trabalhando em uma clínica escolar particular, verifiquei que grande parte dos enuréticos em idade escolar a incontinência noturna de urina era adquirida. Emprego o termo "enuresis adquiri-

da" para diferenciar da "enuresis" que vêm da tenra infância, como mostrei no meu trabalho publicado em 1935.

Dr. Joy Arruda — O Dr. Refinetti pergunta-me se a enurese vinha desde tenra infância. Em grande número de casos consegui obter dados exatos sobre este fato. Pudemos então verificar que, em maior número de casos consegui obter após o estabelecimento do controle urinário, isto é, poderia ser chamada adquirida, porém, em muitos ela vinha desde de tenra infância, nunca tendo havido um período de controle. Este fato, seria segundo alguns autores entre eles, Michaels, um sintoma de mau prognóstico, um sinal de perturbação profunda da personalidade. Tal prognóstico tão sombrio não foi observado por nós. Muitas destas crianças, passaram a controlar bem a urina, sendo que algumas reincidiam sempre que um fator psíquico qualquer (contrariedades por exemplo) entrasse em ação.

SECÇÃO DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA PLÁSTICA, EM 26 DE ABRIL DE 1946

Presidente: Drs. J. E. Barbosa e M. Roxo Nobre

Estudo clínico dos tumores das cavidades paranasais — Dr. Rafael Nova — Disse que faria um apanhado resumido dos tumores paranasais e sua patologia.

Dividiu-os então em tumores hiperplasiogênicos e disontogênicos, os quais podiam ser benignos e malignos.

Que os benignos caracterizavam-se pelo crescimento lento enquanto os malignos por caracteres infiltrativos com tendência à metástase.

Classificou em três períodos a evolução dos tumores das cavidades paranasais: a) período de início; b) período de compressão e c) período de invasão.

Expôs ainda que tais tumores, quando desenvolviam para cima atingiam o cérebro, produzindo a sintomatologia típica.

Referiu-se ainda aos tumores do seio maxilar, do seio frontal e do seio esfenoidal.

Referiu-se ainda ao período de deformação pronunciada que pode advir desses tumores.

Teceu mais algumas considerações acerca dos tumores, concluindo pela exposição seguinte:

"Tumores do seio maxilar" — Caracteres: dores nevralgias mais ou menos intensas, período de deformação, podendo-se dirigir para frente, para trás, para cima ou para baixo;

"Tumores do seio frontal" — também com três períodos;

"Tumores do seio esfenoidal" — estes primitivos do seio esfenoidal, sendo muito raros, porque era difícil o diagnóstico, sobretudo na fase inicial dos mesmos.

Estudo clínico das afecções do naso-faringe — Dr. J. E. de Rezen-de Barbosa — A região do naso-faringe, verdadeira encruzilhada de nossa especialidade, é geralmente esquecida nos exames de rotina. Verifica-se um verdadeiro desprezo em seu exame clínico, negligenciando-se comumente sobre o seu valor semiológico. O desconhecimento das estruturas que concorrem para sua formação, suas relações de continuidade e contiguidade, ao lado de sua localização profunda para traz do massiço facial, abaixo da base do crâneo, na frente da coluna vertebral e para dentro dos ramos ascendentes da mandíbula, contribuem para que essa importantíssima região não seja tratada com o devido interesse. Além do mais, dependente mesmo dessas condições topográficas especiais, a visualização do naso-faringe não é manobra fácil e acessível aos menos experimentados. Na maioria dos casos a sua inspeção deve ser feita por diversas vias, técnicas e instrumental especial, necessitando, em bom número de pacientes, uma prévia anestesia. Entretanto, apesar de todos esses embaraços, comuns na visualização conscienciosa do naso-faringe, o especialista não se deve dar por vencido enquanto não ficar inteirado do aspecto macroscópico da região.

A importância do estudo clínico do naso-faringe ainda decorre do fato comum de que suas afecções poderão apresentar queixa que se referirá a muitos outros departamentos da medicina, antes mesmo de nosso território. Não é raro vermos esses pacientes procurarem inicialmente o clínico, o neurologista, o oftalmologista, o cancerologista, e, por último, o otorrinolaringologista.

Já pela anamnese, uma determinada queixa e história pregressa conduzirão forçosamente o especialista a examinar meticulosamente o naso-faringe. A sintomatologia das afecções do naso-faringe pode ser encaixada, esquematicamente, em um dos seguintes quadros cli-

nicos, ou contemporaneamente, em diversos deles:

- 1) síndrome de insuficiência respiratória nasal e retro-nasal, uni ou bilateral;
- 2) síndrome de obstrução mecânica ou inflamatória do ouvido médio;
- 3) cefaléia: discreta, intensa, localizada (vertex, occipital, frontal), difusa; gravativa, nevralgíca;
- 4) perturbações de deglutição; disfagia, refluxo de líquidos, etc.;
- 5) perturbações visuais;
- 6) perturbações nervosas diversas (nevralgias, paralisia, anestésias, alterações do olfato);
- 7) estado geral de infecção aguda (febre, toxinfecção, etc.);
- 8) reação ganglionar regional cervical (alta, profunda, retro e latero esterno-cléido).

A inspeção do naso-faringe pode ser feita, direta ou indiretamente, por: a) através das fossas nasais; b) através da oro-aringe; c) pela otoscopia, acumetria e determinação da permeabilidade tubária, e, d) pelo exame radiográfico.

A inspeção do naso-faringe pode ser conseguida, diretamente, pela iluminação através das fossas nasais, especialmente nas fossas amplas. Além do reflexo luminoso sobre a parede posterior, podemos observar, às vezes, o rebordo coanal. Esta via é também aconselhada quando de um tóque com estilete ou para a verificação da motilidade do véo palatino por meio da emissão da vocal i, i, i, ou pela simples deglutição.

As fossas nasais servem de via, sobretudo, para a inspeção local do naso-faringe por meio do nasofaringoscópio. Apesar desse instrumento fornecer imagens parceladas da região e com certo aumento, o especialista experientado interpretará corretamente cada imagem e fará a recomposição global em seu subconsciente. Atualmente o nasofaringoscópio constitui um dos processos mais completos de observação do nasofaringe.

A nasofaringoscopia posterior ou inspeção do naso-faringe através da oro-faringe é obtida por pequenos espelhos, tipo laringoscópio.



INSTITUTO PINHEIROS

Rua Teodoro Sampaio, 1.860 - São Paulo

*A procedência do produto é garantia
para o médico e para o doente*

Torna-se necessária, às vezes, anestesia da região e elevação do véo mole por aparelhos especiais. Além do mais, o naso-faringe poderá ser examinado através da oro-faringe pelo antigo aparelho de Harold-Hays — o faringoscópio, o qual fornece uma visão de conjunto das paredes posterior, laterais e teto da região.

Através ainda da oro-faringe poderemos executar o tóque digital do cavum, manobra essa de valor insubstituível.

Finalmente, ao lado do exame radiográfico do naso-faringe, assunto que será tratado ainda esta noite e por pessoa habilitada, incluímos, no exame do naso-faringe, a otoscopia, acumetria e determinação da permeabilidade tubária. É evidente que em certos indivíduos a determinação de uma lesão do aparelho auditivo de tipo obstrutivo conduzirá nossas vistas para um provável bloqueio mecânico ou inflamatório do naso-faringe.

No capítulo das inflamações agudas do naso-faringe consideraremos, entre outras afecções, as seguintes: 1) as infecções estreptocócicas; 2) abscesso da parede posterior; 3) nasofaringite diftérica; 4) nasofaringite fusospiroquética; 5) sífilis do naso-faringe em seus períodos primário e secundário; 6) alterações mucosas de origem hemopática, anemias, leucmias, mononucleose, agranulocitose). De todos esses processos agudos destacam-se pela sua frequência os consequentes à infecção estreptocócica (estrep. hemolítico e viridans). A infecção devida ao estreptocóco viridans, além de ser rara, é característica: ulceração às vezes única, superficial, indolente. No grupo das nasofaringites a estreptocóco hemolítico devemos destacar: a) o tipo catarral, agudo, comum também nas infecções gripais, a pneumoco, etc.; b) o tipo folicular agudo, com acentuado comprometimento da amígdala nasofaríngea ou vegetação adenóide, podendo evoluir em poucos dias ou prolongar-se às vezes por semanas. Nesse último tipo, de evolução demo-

62)

rada, a execução do toque nasofaríngeo com expressão das adenóides constitui às vezes medida benéfica; c) a nasofaringite escarlatinosa; d) a nasofaringite séptica epidêmica ("septic sore throat"): infecção da faringe de tipo epidêmico, atacando diversas pessoas em uma mesma residência ou comunidade, proveniente da infecção do leite por inflamação do úbere de vaca.

No capítulo das inflamações crônicas do naso-faringe destacam-se: 1) a amigdalite nasofaríngea crônica hipertrófica, adenóide crônica das vegetações adenóides; 2) os granulomas inflamatórios crônicos. O A. demorou-se no estudo das inflamações crônicas das vegetações adenóides no lactente, no infante e no adulto, estudando seus malefícios e os processos terapêuticos atuais para combatê-las (curieterapia do naso-faringe).

Entre os granulomas do naso-faringe destacou o tuberculoso, luético (goma), actinomicótico, blastomicótico, leishmaniótico e leproótico.

No capítulo dos tumores benignos do naso-faringe o A. assinalou que essa classe de tumores produz sintomatologia contemporânea de vizinhança, seja com representação faríngea ou nas fossas nasais seja invadindo as cavidades paranasais, fossas ptérgio-maxilar e temporal.

Entre os tumores benignos do naso-faringe mais comum, temos: a) quistos; b) t. t. poliposos (fibromixomas, fibro-mucosos ou polipos coanais); c) t. t. benignos derivados de diferentes estruturas (papilomas, lipomas, xantomas, hemangiomas, neurofibromas, teratomas, cordomas, t. t. mistos, etc.); d) t. t. fibrosos (fibroma nasofaríngeo, duro, sangrante, da puberdade masculina ou melhor conhecido por naso-fibroma).

No capítulo dos tumores malignos do naso-faringe o A. chamou atenção para as dificuldades, às vezes, do diagnóstico precoce desses tumores, os quais, ao contrário das variedades benignas, estão comumente localizadas nas paredes do

naso-faringe, apresentam maior tendência para infiltrarem as regiões vizinhas, especialmente através da trompa de Eustáquio e aponevrose peritubaros. Após um período inicial, latente, esses tumores evoluem às vezes surdamente até apresentarem sintomatologia mais ou menos evidente devido à sua invasão local e à distância. Esses t. t., que podem ser endocavitários (pediculados ou sesséis) ou parietais, infiltrantes, apresentam as seguintes localizações: a) nas paredes laterais (regiões tubaria e peritubaria), muito comum, com invasão secundária do andar médio do crâneo; b) na parede superior, com invasão do seio esfenoidal; c) na parede anterior (coanal, pericoanal, vomeriano), invadindo posteriormente as fossas nasais, seios, da face; d) na parede posterior, raro; e) na parede inferior, raríssimo.

Segundo sua estrutura histopatológica os t. t. malignos do nasofaringe podem ser classificados em 4 grupos (Furstenberg): 1) carcinomas derivados das estruturas epiteliais; 2) sarcomas derivados das estruturas linfáticas e 4) t. t. de origem teratológica.

Radiodiagnóstico das cavidades paranasais — Dr. J. M. Cabelo Campos — Disse da grande satisfação de que estava possuído pela oportunidade de falar aos colegas sobre matéria de grande valia, muito embora não trouxesse nenhuma novidade no assunto sobre o qual discorreria.

E que o maior entendimento entre o radiologista e o clínico sempre traria os mais salutareos proveitos nos exames, afim de estabelecer a terapêutica.

E que a posição do paciente era fator importante.

Referiu-se à dosagem do raio X, sendo de opinião que se devia empregar dosagem adequada.

Quanto ao meio de contraste, opinava pela Neiodipina a 20%.

Com relação à sinusite, disse que o simples exame não autorizava o diagnóstico de sinusite crônica ou aguda. Apresentou então chapas de sinusite, chamando a atenção para os casos de sinusite complicada.

Expôs chapas radiográficas de diversos casos de polipos, onde se viam diversos aspectos do seio maxilar.

Concluindo disse que as fraturas do osso deviam ser cuidadosamente observadas.

Estudo atual do exame radiológico da faringe — Dr. J. M. Morretsohn de Castro — Inicialmente, frizou a necessidade de se fixar o exame da naso-faringe.

E que trazia aquele estudo afim de demonstrar o que se fazia e o que, até então, se podia fazer.

Quanto à radiologia lateral, citou a importância nos tumores da naso-faringe, mormente os tumores da parede posterior que não eram os mais frequentes.

Referiu-se ao método de Zupinger para conhecer a extensão tumoral e que a tomografia tinha importância capital na naso-faringe, quanto às lesões estabelecidas nas paredes laterais da naso-faringe.

Frizou a importância, ao caso da naso-faringe, a importância da cine-radiografia, dizendo que continuava, com o Dr. Matos, a estudar o caso.

Citou ainda um trabalho de Garcia Capurro, em que dizia nunca dever se radiografar sem ouvir o relato do doente, pois muitas vezes havia desencontro entre a radiografia e o relato do doente.

O A. concluiu a sua comunicação apresentando uma série de chapas em que a cine-radiografia obtivera os mais positivos resultados.

**JALEPAT - ANTIANÊMICO
POR VIA BUCAL**

SECÇÃO DE TISIOLOGIA, EM 23 DE ABRIL DE 1946

Presidente: Dr. Adel Guimarães Barbosa

Breves considerações em torno da radioscopia pulmonar — Dr. Uzeda Moreira. — O autor da comunicação explicou, em poucas palavras, vários terem sido os motivos, que o levaram a se ocupar do assunto, entre os quais se salientam a carência manifesta de material fotográfico e a displicência com que muitos profissionais realizam a radioscopia, não lhe dando a devida atenção no cômputo do exame em geral. Depois de se referir comparativamente ao valor exato da radioscopia, radiografia, radiocimografia, radiofotografia, digrafia e tomografia, fazendo um estudo de síntese, passou então a detalhar a radioscopia "comme il faut" analisando-a pormenorizadamente. Encareceu a boa técnica de se utilizar o foco mais fino possível do anódio, assim como também o dever de se evitar os raios secundários para tanto não se devendo esquecer o cône radiopaco, o diafragma, o compressor se necessário e sobretudo o anti-difusor, de preferência o de grade fixa, tipo Lisholm e se de procedência original sueca, tanto melhor. Em seguida referiu-se à composição química do ecran fluorescente, comparando-o com o do ecran reforçador. Discorreu sobre os fenômenos de luminescência chamando a atenção sobre a lei de Stokes. Historiou o evoluer e a melhoria progressiva da visibilidade radiológica do ecran fluorescente desde o platino cianeto de bário até o sulfureto mixto de zinco e de cádmio e outros corpos fosforogênicos. Esmiuçou as razões destas substituições sucessivas encarecendo os cuidados que se devem ter na proteção do ecran para radioscopia. Discorreu sobre a visibilidade no escuro citando experimentos convincentes. Enalteceu

a exigência de uma boa adaptação. Falou sobre o daltonismo, os prejuízos e as vantagens, que possam advir desta perturbação da visão. Chamou a atenção sobre o fenômeno da inércia retiniana, da saturação da cor, do contraste sucessivo, do reflexo motor à luz colorida. Divagou sobre a radioscopia em sala clara por intermédio de cores complementares, ou então muito melhor empregando óculos, ou vidros, em cuja composição entram sais de neodímio, praseodímio, ou samário, indicando todos filigranas da técnica para boa visibilidade. Explorou alguns pontos interessantes da teoria das cores citando mais de uma vez a obra magistral de Goethe a propósito de misturas subtrativas e aditivas cor e luz coloridas. Penetrou então no âmago da questão e enalteceu o valor da radioscopia no exame do ápice do pulmão, das sassuras dos fundos de saco anterior e posterior, dos movimentos do diafragma, suas aderência, na dissociação das sombras superpostas, imagens de adição e de subtração. Citou como pela radioscopia se poderia diferenciar certa sombra parenquimatosa, de uma outra pleural, ou pleuro-parietal, ou mediastínica. Pôs em foco a prova da tosse, a de Muller e Valsalva, o movimento pendular do diafragma, o fenômeno de Kienbok, a dança hilar. Esclareceu como se pode aumentar a imagem radioscópica com ou sem distorsão. Falou sobre as imagens micronodulares, acentuando a dificuldade do bom diagnóstico etiológico. Finalmente pôs em relevo a falibilidade possível da radioscopia principalmente na granulía e pediu licença para projetar alguns gráficos elucidativos do real valor de tudo que acabava de encarecer.

DAQUINOL
(EMPOLAS)NA GRIPE E NA
PNEUMONIA

Sociedade Médica São Lucas

SESSÃO DE 26 DE NOVEMBRO DE 1946

Presidente: Dr. Oscar Isidoro Antônio Bruno

Fator Rh e transfusão de sangue total — Dr. Carlos da Silva Lacaz — O A. discorreu sobre os conhecimentos modernos a respeito dos choques por transfusão de sangue, focalizando o valor do fator Rh. Falou sobre as reações hemolíticas que podem se processar, os perigos que delas decorrem e os cuidados que se deve ter para evitar o choque. Uma vez declarada a reação, a transfusão tem que ser suspensa, dando-se bicarbonato até pH neutro. Descreveu a técnica que segue para determinar o fator Rh e os cuidados que recomenda para as transfusões, principalmente em mulher. Apresentou a história de alguns casos, afim de ilustrar as suas afirmativas. Terminou pondo à disposição dos colegas os seus laboratórios na Faculdade. Na discussão o dr. Rui Fária frizou o fator Rh como o principal hemolizante e responsável pelas reações; citou um caso demonstrativo da importância de transfusão com sangue devidamente classificado. O dr. Artur Biancalana referiu-se à pouca frequência das reações graves com transfusões; fez a apologia das transfusões gota a gota, que é profilática das grandes reações, pois surpreende a incompatibilidade nas suas primeiras manifestações. Sobre o método de Levine falou o dr. F. Ottensmeyer,

que também discutiu questões de técnica da determinação do fator Rh. O dr. Carlos da Silva Lacaz, referiu-se à pesquisa do fator Rh no líquido amniótico, na saliva e falou sobre a incidência do risco de reações.

Possibilidades da radonoterapia

— Manoel Berenguer Oriach — Iniciou o A. historiando a emanoterapia, desde os primórdios dos conhecimentos das emanções. A influência dos raios alfa sobre o organismo, como estímulo benéfico, foi analisada com detalhes. Discorreu sobre as indicações da emanoterapia, mostrando os benefícios que lhe são imputados na diabete, na artrites, nevralgias e em várias dermatoses. Citou as contraindicações entre as quais o bócio tóxico, a tuberculose, o cancer, os estados hemorrágicos. O dr. Eurico Branco Ribeiro falou sobre o valor comprovado da emanoterapia e mostrou o proveito clínico que pode advir para os doentes da apresentação de produtos emanados sob a forma de pomadas e líquidos para banhos e ingestão. O dr. Artur Biancalana referiu-se a uma das contraindicações, o Basedow, que, entretanto, se beneficia da radionoterapia, que é outra forma de irradiação.

Sociedade Brasileira de Proctologia

Reunião anual — A Sociedade Brasileira de Proctologia no dia 28 de novembro encerrou a sua primeira reunião mensal. Foram apresentados diversos trabalhos entre os quais os dos drs. Eurico Branco Ribeiro, de S. Paulo e Valter

de Melo, atualmente nos Estados Unidos em viagem de estudos e representando aquela sociedade.

Foi eleita a nova diretoria, que ficou composta pelos srs. Edison de Oliveira, presidente, de S. Paulo; Valter de Melo, vice-presidente,

da Bahia; Haroldo Sodré, secretário geral, de S. Paulo; e Adalberto Leite, tesoureiro, também de S. Paulo.

Foi escolhida a Capital paulista para a sede da segunda reunião anual da sociedade, a realizar-se em 1947.

Outras Sociedades

Associação Paulista de Medicina, secção de Neuropsiquiatria, sessão do dia 5 de novembro de 1946, ordem do dia: Neurinoma extramedular operado. Considerações em torno de um caso — Drs. Rolando Tenuto e João A. Caetano da Silva Jr.; Aspectos práticos da Psiquiatria norte-americana — Dr. Armando Caiubi Novais.

Secção de Higiene e Medicina Tropical, sessão de 6 de novembro de 1946, ordem do dia: Em torno de uma epidemia de recaída de malária no vale do Paraíba — Dr. R. R. Corrêa; Lista dos subgêneros e espécies dos anofelinos americanos — Drs. R. R. Corrêa e F. Pinto Alves; Novos dados epidemiológicos sobre o bócio endêmico no Estado de São Paulo — Dr. Armando de Arruda Sampaio; Fenômenos de variação numa "Shigella" isolada da urina — Dr. José de Toledo Melo; Salmonela isolada de um caso de leptomeningite purulenta — Dr. José de Toledo Melo; Solubilidade dos flocos observados nas reações de flocculação — Dr. José Oliveira de Almeida; Pesquisa de anti-corpos neutralizantes para o vírus da gripe Tipo B(lee), em pessoas normais, na cidade de S. Paulo — Dr. Lucas de Assunção.

Secção de Cirurgia, sessão de 11 de novembro de 1946, ordem do dia: Megaesofago, detalhes de técnica vagotomia — Dr. João Montenegro.

Secção de Dermatologia, sessão de 12 de novembro de 1946, ordem do dia: Considerações preliminares a respeito do tratamento da sífilis pré-natal pela penicilina — Dr. Vinicius Arruda Zamith; Depilação pela diatermo-coagulação-refrigeração — Dr. Afonso Bianco.

66)

Secção de Otorrinolaringologia, sessão de 18 de novembro de 1946, ordem do dia: Impressões sobre o 1.º Congresso Pan-Americano de Otorrinolaringologia e Broncoesofagologia reunido em Chicago (outubro 16-17-18) — Drs. Plínio de Matos Barreto e J. E. de Rezende Barbosa; Respiração nasal de ozeno antes e depois da operação de Lautenchlager Moreira — Dr. Jorge G. Barbosa; Cisto amidaliano — Dr. Fábio Barreto Mateus.

Secção de Medicina, sessão de 20 de novembro de 1946, ordem do dia: Nota sobre a psicogênese do mal de engasgo — Dr. Durval B. Marcondes; Evolução da cirrose hepática tipo-porta — Drs. José Ramos Junior, Gil do Negro e Francisco Melo Albuquerque; As derivações pré-cordiais no infarto do miocárdio — Dr. Paulo de Almeida Toledo.

Secções de Radiologia e Cirurgia, sessão de 22 de novembro de 1946, ordem do dia: Perfuração do Bulbo duodenal por objeto ingerido acidentalmente — Drs. Nelson Baeta Neves e Jarbas Gomes da Cunha; Perfuração patológica do Bulbo-duodenal do ponto de vista radiológico — Dr. Jarbas Gomes da Cunha.

Secção de Tisiologia, sessão de 23 de novembro de 1946, ordem do dia: Operação de Jacoboebus e lesões específicas subpleurais — Drs. Caio Celidonio, Paulo Vilhena de Moraes e Gil Celidonio.

Secção de Neurologia, sessão de 25 de novembro, ordem do dia: Vantagens da nefrostomia nas calculoses renais infectadas — Dr. Darci Vilela Itiberê; Técnica da colheita do líquido seminal para exame — Dr. Mário Lepolard Antunes.

Departamento de Cultura, sessão de 27 de novembro de 1946, ordem do dia: O expressionismo — sua época e sua técnica — Dr. Osório Cesar.

Secção de Obstetricia e Ginecologia, sessão de 28 de novembro de 1946, ordem do dia: O feto de volume excessivo — Drs. J. Amorim e O. Lacreta; Estatísticas das ginecopatias inflamatórias tratadas pela radioterapia no Instituto "Arnaldo Vieira de Carvalho" — Drs. Z. Lessa e P. Aires Neto; Insuflação tubária, técnica e indicação — Dr. J. Daudt.

Departamento de Medicina Militar, sessão de 30 de novembro de 1946, ordem do dia: Tratamento local das queimaduras — Dr. Ary do Carmo Russo.

Centro de Estudos Franco da Rocha, sessão de 27 de novembro de 1946, ordem do dia: O dinamismo do trabalho mental em algumas respostas ao teste de Rorschach — Dr. Aníbal Silveira; Hernia do núcleo pulposo — Drs. A. Matos Pimenta, A. C. Barreto e A. Sette Junior; Dois casos de meningite meningocócica tratados com penicilina e sulfamida — Dr. J. M. Vasconcelos.

Centro de Estudos dos Médicos da divisão do serviço de Tuberculose, sessão de 29 de novembro de 1946, ordem do dia: O problema de traqueo-bronquite tuberculosa no Congresso Nacional de Tuberculose na Bahia.

Centro de Estudos de Oftalmologia, sessão de 5 de novembro de 1946, ordem do dia: Uveítes específicas: herpes, sífilis e blenorragia — Dr. J. Mendonça de Barros; Uveítes: tuberculosa, lepra e tripanosomíase; auto apresentação de paciente que sofreu queratoplastia nos Estados Unidos — Dr. Laerte Guimarães.

Centro de Estudos de Oftalmologia, sessão de 12 de novembro de 1946, ordem do dia: Uveítes específicas — Dr. Rubens Belfort

de Matos; Tuberculose, lepra e tripanosomíase da uveía — Dr. Laerte Guimarães.

Centro de Estudos de Oftalmologia, sessão de 26 de novembro de 1946, ordem do dia: Uveítes de etiologia desconhecida. Alterações uveais em relação com afecções gerais — Dr. José Carlos Gouvêa Pacheco.

Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Capítulo de S. Paulo, sessão de 20 de novembro de 1946, ordem do dia: Considerações sobre a inervação simpática dos membros — Dr. Orlando Aidar; — Tratamento dos aneurismas arteriais dos membros inferiores — Dr. Otávio Martins de Toledo; Alguns aspectos sobre a terminação das veias safena, magna e parva. De sua aplicação no tratamento cirúrgico das varizes — Dr. Aluizio Camará Silveira; Tratamento das moléstias vasculares periféricas — Dr. Aruleno Novais.

Sociedade de Estudos Médicos, sessão de 21 de novembro de 1946, ordem do dia: Levantar precoce em cirurgia — Dr. J. Clemente de A. Moura.

Sociedade de Estudos Médicos, sessão de 22 de novembro de 1946, ordem do dia: Evolução genital da mulher — Dr. Domingos Delascio.

Sociedade de Gastroenterologia e Nutrição, sessão de 27 de novembro, ordem do dia — Carcinoma hepato-celular — Prof. Constantini Mignone e Dr. Oswaldo A. Behmer; Alguns aspectos radiológicos interessantes das vias biliares — Prof. Paulo de Almeida Toledo.

Sociedade de Medicina e Cirurgia, de São Paulo, sessão de 7 de novembro de 1946, ordem do dia: Paralisia infantil e reumatismo — Dr. Mário Mourão; Sobre um caso de fibrose — Dr. Ary Bastos Siqueira; Tumor mixto da parotida — Dr. Luís Oriente.

Sociedade Paulista de Medicina e Higiene Escolar, sessão de 16 de novembro, ordem do dia: Observações sobre a pediatria em alguns centros americanos — Dr. J. Renato Voiski; Novos dados epidemiológicos sobre o bócio endêmico no Estado de São Paulo — Dr. Armando Arruda Sampaio.

Sociedade Paulista de Medicina Social e do Trabalho, sessão de 26 de novembro de 1946, ordem do dia: O exercício ilícito da Medicina no Novo Mundo — Prof. Flaminio Fávero.

Sociedade Paulista de Medicina Social e do Trabalho, sessão de 26 de novembro de 1946, ordem do dia: Orientação e Organização do Serviço de Saúde Escolar — Prof. Aristides Ricardo; Centro de Saúde e Higiene Escolar — Dr. Humberto Pascale.

Sociedade Paulista de Leprologia, sessão de 9 de novembro, ordem do dia: Comentário sobre o tema "Classificação da Lepra" — Dr. Nelson de Souza Campos; Comentário sobre o tema "Terapêutica da Lepra" — Dr. Lauro de Souza Lima.

VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo

O problema da lepra e o dos remédios falsificados. — A Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo realizou a 7.ª do corrente uma sessão ordinária, tratando de dois importantes assuntos, dos quais a imprensa se tem ocupado com abundância de pormenores. Referimo-nos ao problema da lepra no Estado e à campanha de moralização do comércio de drogas e produtos químico-farmacêuticos, que vêm sendo devidamente apreciados pela referida entidade científica, em face da sua magnitude e oportunidade.

O presidente iniciou a sessão comunicando à casa que a Sociedade de Medicina e Cirurgia enviara um ofício ao sr. secretário da Educação, pedindo a abertura de inquérito para esclarecer as razões da longa campanha de desmoralização intentada contra o Departamento de Profilaxia da Lepra, repartição geralmente considerada modelar e correta na execução dos serviços que lhe estão afetos. Esclareceu-se que, nesse ofício, era declarado ao titular da pasta da Educação que as sociedades médicas de S. Paulo estavam dispostas a colaborar no inquérito soli-

citado, visando estabelecer o grau de veracidade dos fatos desoladores revelados ao público, relativamente ao Departamento de Profilaxia da Lepra.

O dr. Plínio Caiado de Castro enviou, em resposta, um longo e documentado memorial à Sociedade de Medicina e Cirurgia, pelo qual se verifica serem enormes os danos causados ao Departamento pela campanha em apreço, prejudicando sua boa administração. Manifestou aquele membro do governo paulista a opinião de que não era mais necessário o inquérito pedido, declarando que teria prazer em oferecer à classe médica todas as facilidades para que seus representantes tomassem conhecimento de tudo o que se passa, inteirando-se também das medidas tomadas de desfazer a obra infeliz da propaganda contra o serviço da lepra no Estado.

Assim sendo, o presidente da Sociedade declarou aceitar o oferecimento do sr. secretário da Educação, anunciando que iria officiar a todas as entidades de classe desta capital, pedindo a nomeação de um representante para visitar cuidadosamente os leprosários. Após

TONECRON

PRINCÍPIO ANTITÓXICO DO FIGADO
(fração hidrossolúvel)
ASSOCIADO À VITAMINA B¹

ESTIMULANTE DA FUNÇÃO ANTITÓXICA
— DO FIGADO —
ALTAMENTE CONCENTRADO E PURIFICADO

Em duas apresentações:

Ampolas de 3 cm³ com 20 mg. de Vitamina B¹

” ” 1 ” ” 5 ” ” ” ”

Unicos Distribuidores:

COMPANHIA FARMACEUTICA BRASILEIRA

Vicente Amato Sobrinho S/A.

PRAÇA DA LIBERDADE, 91

SÃO PAULO

Anti-tóxica, anti-necrótica, anti-infecciosa

Climax

ACROSIN

AUTO E HETERO-INTOXICAÇÕES
TOXEMIAS DAS DOENÇAS INFECCIOSAS
ENFERMIDADES HEPÁTICAS
ESTADOS ALÉRGICOS
PRÉ E POST-OPERATÓRIOS
VEÍCULO DOS ARSENOBENZÓIS
USO INTRAMUSCULAR OU ENDOVENOSO

essa visita seria feito um relatório conjunto sobre as observações colhidas nos hospitais de hanseanos de todo o Estado.

O dr. Oscar Cintra Gordinho, presidente da Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo, passou em seguida a referir-se à não menos importante questão dos produtos falsificados, prestando aos seus companheiros algumas informações sobre o que tem feito a entidade, no sentido de prestigiar a campanha de saneamento do nosso comércio de drogas, na defesa do interesse público. Disse que uma campanha de tal benemerência não foi nem poderia ser bem compreendida por todos os interessados, alguns dos quais encaminharam a discussão do assunto em tom caloroso e por vezes atrevido, com o propósito de desvirtuar os fatos, não se peijando mesmo de atribuir-lhes interpretação capciosa e contrária à evidência. Considerando a situação, o presidente pediu à casa aprovasse a atitude tomada pela Sociedade de Medicina e Cirurgia, na questão dos produtos adulterados, afim de tornar claro e patente que a entidade se colocava sem ressalvas ao lado do povo, combatendo os especuladores inescrupulosos do comércio de drogas.

O dr. Cintra Gordinho submeteu então aos seus colegas de diretoria um manifesto a respeito do assunto, o qual foi aprovado por todos os presentes, e que define a posição da Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo diante da moralizadora campanha de saneamento há pouco iniciada por várias instituições e elementos ligados à vida médico-farmacêutica.

"Entre as indústrias que mais se desenvolveram, nos últimos anos, mais do que seria de imaginar, salientou-se a dos produtos farmacêuticos. Prosperou ela extraordinariamente, tanto em quantidade, quanto na vulgar multiplicidade dos produtos. Parecia, à primeira vista, que os nossos meios científicos adquiriram tão alto grau, que isso, a muitos, envaidecia. Era

70)

sintoma sobremodo expressivo de quanto era capaz o engenho inventivo dos cientistas brasileiros. Dia a dia crescia a lista dos novos produtos farmacêuticos. Isso acarretava, de outro lado, a notícia de que a nova indústria estava a criar fortunas imprevistas, mesmo porque os preços dos medicamentos se aumentavam em progressão assustadora.

Murmurava-se, todavia, que a maior parte dos preparados oferecidos nos balcões das drogarias e das farmácias, não apresentava as qualidades, que as suas bulas atribuíam, nem, mesmo, correspondiam às fórmulas, nelas impressas. Tinha-se a vicejar, como herva daninha, comércio suspeito, que vivia a explorar a credulidade pública, sem que as autoridades sanitárias tomassem as medidas capazes de cerceá-lo e, mesmo, tendentes à punição dos comerciantes menos honestos, que de tal modo ludibriavam o povo.

Casos esporádicos clamaram a atenção das autoridades e dos jornalistas, mas sem resultado, por isso que, no regime ditatorial, em que, desgraçadamente vivemos por tão largo tempo tudo se abafava e a livre crítica inexistia.

Eis que o Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional trouxe a público o resultado, da análise, a que submetera, produtos de inúmeros laboratórios e empresas industriais, mirando a Vitamina C. Fora de dúvida, o quadro publicado provocou sensação, que se não pôde dominar, sobretudo pelos perigos a que, com tais produtos, se espunha a saúde do povo.

Diante da situação verdadeiramente alarmante, que isso criou, trazendo para o debate público problema de tanta relevância, deliberou a Sociedade de Medicina e Cirurgia tomar parte nele, com o único propósito de, contribuindo para beneficiar o povo, trabalhar por que se regenerasse a indústria dos remédios, anatematizando os que a corromperam, transformando-a em simples instrumento de ganho ilícito, e galardoando os que prima-

ram por engrandece-la mercê de trabalho honesto e fecundo.

Verificou-se ser espantoso o número de produtos vendidos pelas drogarias e farmácias, nem, ao menos licenciados, infringindo-se, abertamente os dispositivos legais vigentes, e não menor os dos produtos licenciados que, ou não tinham os medicamentos, que as fórmulas anunciavam, ou os possuíam abaixo das dosagens de poder curativo.

Como era natural, e não podia deixar de acontecer, surgiram os defensores dos industriais, explicando, com mais ou menos engenho, mas em linguagem vivaz e atrevida, as deficiências encontradas pelo Serviço de Fiscalização do Exército Profissional, nos produtos que analisou. Entendeu-se que a publicação, por ele feita, não era autorizada pela lei: e sustentou-se que, tendo o dec. n. 20.397, regulador do exercício da indústria farmacêutica, estabelecido as medidas a serem aplicadas quando se encontrassem preparados em desacôrdo com as fórmulas e formas licenciadas, culminando pela apreensão dos estoques e cassação das respectivas licenças, sem prejuízo da ação penal cabível — a publicação feita era ilegal. Teria aquele Serviço de Fiscalização, se não agisse, como agiu, falhado à sua missão preventiva, pois que lhe cumpria realmente, dar o alarma, para que o povo não viesse a sofrer os efeitos das más drogas, que lhe eram vendidas como milagrosas...

Essa atitude do Serviço de Fiscalização não agradou, nem podia agradar, por certo, os industriais, cujos produtos não resistiram à análise.

Nessa emergência, e procurando atender aos interesses de todos, a Sociedade de Medicina e Cirurgia promoveu e realizou, no dia 26 de outubro findo, no auditório da Biblioteca Municipal, grande reunião, com o alto objetivo de deliberar sobre as providências a serem tomadas para uma ação saneadora da fraude e da falsificação dos produ-

tos farmacêuticos. Presidiu-a o dr. Antonio de Almeida Prado, professor da Faculdade de Medicina e reitor da Universidade de S. Paulo. Travou-se largo debate, ao cabo do qual se resolveu nomear grande comissão, composta dos mais autorizados representantes das classes interessadas, que ficasse com a incumbência de estudar o problema e dar-lhe a solução adequada. Um dos que vieram a compor essa comissão, não podia, em verdade, deixar de fazer parte dela, em face da atitude, que então tomou. Ele atacou com veemência o Departamento de Saúde do Estado, responsabilizando-o pela situação desabonadora em que se encontra certa indústria de produtos farmacêuticos, acusada de oferecer ao público produtos falsificados, sem nenhum valor terapêuticos. Prosseguiu criticando também os médicos inescrupulosos, que se aliam aos industriais desonestos, contribuindo para a desmoralização da indústria nacional, em detrimento dos interesses econômicos do país. Acusou, ainda, a polícia e a imprensa, a primeira de violências inomináveis e inúteis, e a segunda de uma campanha sensacionalista, prejudicial ao desenvolvimento da indústria farmacêutica. E' o que se lê na sumula da sessão, publicada no "O Estado de S. Paulo", de 29 de outubro de 1946.

Deixou, pois, patente o industrial, que assim se exprimiu, que a indústria farmacêutica precisa do sensacionalismo ou, melhor, da propaganda, apenas para elogiar os seus produtos e facilitar a sua venda, ainda que nada valham. O clima, que lhe convem, é o mesmo em que viveu a ditadura deposta. Elogio sistemático, propaganda favorável, insistente, de todos os dias e de todas as noites. Isso é com ela. Quando, porém, se exercita o direito de crítica, quando se denunciam os erros e as fraudes, quando se publicam os fatos alarmantes e prejudiciais à saúde do povo — aí, então, a publicidade é censurável, é sensa-

cionalista, e (é de pasmar!) até é contra a lei...

Embebido desse preconceito, o jovem técnico e industrial não se conteve. Voltou-se contra os que, se não tiveram a iniciativa da campanha saneadora, dela cooperaram com o só e único escopo de servir à coletividade. Dias depois daquela reunião, oprimido pelo seu complexo, veio, pela secção livre d'“O Estado de São Paulo”, em carta aberta, dirigida ao presidente da Sociedade de Medicina e Cirurgia, dar pasto aos seus sentimentos mesquinhos, personalizando um debate, que deveria manter-se apenas no terreno ideal em que fôra colocado. Com essa atitude, ele corroborou o asserto de que é benemerita a campanha contra os institutos e laboratórios, que ex-

ploram o povo. Ele mesmo se deixou envenenar pelas más drogas com que se envenena o povo. E mostrou-se indigno do apreço dos que se dedicaram à campanha saneadora e tornaram-se, sem nenhum interesse pessoal, suscetíveis de ataques como o que ele desejou, injusta, mas malevolamente.

Não merece, por isso, nenhuma outra resposta. Cabe-lhe, todavia, um castigo o da sua própria consciência. Examine o jovem industrial a sua atitude. Amaine a sua paixão. Domine o seu interesse próprio. E se arrependerá. O arrependimento, tem, realmente, o defeito de ser tardio; mas cura. E cura muito mais do que os produtos suspeitos com que maus industriais inundaram as drogarias e farmácias do Brasil...

Associação dos Livres Docentes da Universidade de S. Paulo

Fundação e eleição da diretoria

— Em reunião realizada na sede da Associação Paulista de Medicina, fundou-se a 7 de novembro a Associação dos Livres Docentes da Universidade de S. Paulo, cujos estatutos foram aprovados após animados debates. Em seguida procedeu-se à eleição da primeira diretoria da entidade, que ficou assim organizada:

Presidente, Ariovaldo de Carvalho (Faculdade de Medicina); vice-presidente, Luis Eulalio Bueno Vidigal (Faculdade de Direito); 1.º secretário, Carlos Henrique Liberralli (Faculdade de Farmácia e Odontologia); 2.º secretário, Antonio Candido de Melo e Sousa (Faculdade de Filosofia); 1.º tesourei-

ro, Clemente Pereira (Faculdade de Medicina Veterinária); 2.º tesoureiro, Paulo Ribeiro de Arruda (Escola Politécnica); vogal, Genésio de Almeida Moura (representante dos livres docentes no Conselho Universitário). Conselho Consultivo: Casper Varela (Faculdade de Farmácia e Odontologia); Jairo Ramos (Faculdade de Medicina); Jamil Almansur Hadad (Faculdade de Filosofia); José Tabarelli Neto (Faculdade de Medicina Veterinária); Oscar Bergstrom Lourenço (Escola Politécnica) e Silvio Marcondes Machado (Faculdade de Direito).

O primeiro trabalho da nova sociedade será o estudo do projeto de reforma do ensino superior.

TRANSPULMIN



Sociedade de Medicina da Municipalidade de São Paulo

Sessão inaugural — Realizou-se na noite de 28 de novembro, no auditório da Biblioteca Municipal, a instalação da Sociedade de Medicina da Municipalidade. A cerimônia compareceu o sr. Abraão Ribeiro, que empossou a primeira

diretoria da novel entidade, assim constituída: presidente, dr. Artur Ribeiro de Sabóia; vice-presidente, dr. Orlando Pinto de Sousa; 1.º secretário, dr. Armando Gallo e 2.º secretário, dr. Carlos Piza de Sousa Hartmann.

Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas

Eleição de nova diretoria — Em sessão realizada no mês de novembro pela Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas, foi eleita a nova diretoria para 1947, que ficou assim constituída: presidente, dr. Roberto Rocha Brito; vice-presidente, dr. Eduardo de Almeida; 1.º secretário, dr. Laerte de Moraes; 2.º secretário, dr. José Ataliba Aboim Gomes; tesoureiro, dr. Al-

cides Miranda; bibliotecario, dr. Saulo Barbosa; Comissão de Cirurgia, drs. Luis de Tela, Rocha Brito, e Hermas Braga; Comissão de Medicina, drs. Marcondes Machado, Renê Pena Chaves e Anibal Miranda; Comissão de Redação do Boletim, drs. Licurgo de Castro Santos Filho, Guedes de Melo Filho e João de Sousa Coelho.

Sociedade Médica de Araraquara

Reunião conjunta em Araraquara — A Sociedade Médica de Araraquara em colaboração com o Centro de Estudos de Oftalmologia de S. Paulo, realizou nos dias 7 e 8 de dezembro, naquela cidade, uma série de sessões nas quais foram apresentados e discutidos trabalhos sobre "progressos recentes" de diversas especialidades médicas.

Para as sessões, que representaram o início das atividades daquela Sociedade, foi organizado o seguinte programa: "Progressos recentes da neurocirurgia", pelo prof. Carlos Gama; "Progressos recentes da cirurgia da tuberculose", pelo dr. Eduardo Etzel; "Pro-

gressos recentes de otorrinolaringologia", pelo dr. Gabriel Porto; "Progressos recentes da oftalmologia", pelo dr. J. Mendonça de Barros; "Progressos recentes da radiologia", pelo dr. Camilo Gaspar de Almeida; "Progressos recentes da terapêutica", pelo dr. J. de Barros Magaldi; "Estudo da cefaléia", pelos drs. Bernardino Tranchesi, Carlos V. Savoy, Mauro C. de Sousa e Renato de Toledo.

Além dos trabalhos acima, e por gentileza dos Fundos Universitários de Pesquisas, foram exibidos filmes sobre cirurgia e propedêutica.

TONADIPINA - fortificante

Hospital e Policlínica "São Camilo"

Posse da Comissão Executiva — Com o objetivo de atender às pessoas necessitadas, está sendo construído no bairro de Vila Pompéia o Hospital e Policlínica "São Camilo". Realizou-se no dia 6 de novembro a posse da comissão executiva que irá dirigir aquela casa de saúde, e que está assim constituída: Henrique Jorge Guedes, presidente; diretor clínico, Carmo d'Andréa; vice-diretor clínico, Paiva Ramos; Brás Custu, tesoureiro; Olavo Pinto Neves, secretário; José Amadei, Cori Gomes Amorim, Camilo Pedutti, Gumerindo Fleury, Miguel Helou, adjuntos à imprensa; e pe. Inocente Radrizzani, provincial dos Padres Camilianos no Brasil. O corpo médico ficou assim organizado: drs. Carmo d'Andréa, Paiva Ramos, João Carneiro, oculistas; Carmelo

Concuzza, cirurgia e urologia; Silvio Godói Alcantara, pele-sífilis e vias urinárias; Pedro Afonso Grimaldi, clínica médica e ginecologia; Sebastião B. L. Marques, clínica médica; Hercilio Marroco, ginecologia e obstetrícia; José Moretson de Castro, radiologia; Pedro Pinto de Moraes, clínica médica; Hildebrando Vieira Barros, clínica médica; Edmundo Vera Machado, clínica médica; prof. Artur Wolf Neto, ginecologia e obstetrícia; Dante Nase, clínica médica; Gustavo Friozi, endocrinologia; Francisco Xavier, clínica geral; Demostenes Martino, laboratório de análises; Ernesto de Carvalho, cirurgia; A. Castejon, Augusto Matuk, Norberto Longo, José Lentino, Oscar de Andrade Lemos, José de Moraes Leme e Eduardo Browne Junior; zeladora, d. Rosalia Lion.

IMPRENSA MÉDICA DE SÃO PAULO

Sumário dos últimos números

Boletim de Higiene Mental, III, 27, novembro de 1946 — Café e Saúde — Dr. J. Carvalhal Ribas; Alcoolismo — José Felix Primo.

Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas, 4, 4, outubro de 1946; Cefaléia em Neurologia — Dr. Celso W. Magalhães; Cefaléias ligadas à Oftalmologia — Dr. Carlos P. Stevenson; Cefaléias ligadas à Cardiologia — Dr. Arsênio O. Sevá; Dose única de penicilina, em óleo, na blenorragia. Resultados obtidos — Dr. Licurgo Santos Filho.

Gazeta Clínica, XLIV, 5 e 6, maio-junho de 1946 — Tratamento das verminoses — Dr. João Alves Meira.

74)

Publicações Farmacêuticas, XII, 45 — Vinhos brancos e vinhos — Cendy C. Guimarães; Da possível enzima segregada pelo "Mycobacterium leprae" — Joaquim Juarez Furtado; Revestimento entérico de substâncias medicamentosas — Drageificação — José Silvio Cimino.

Publicações Médicas, CLXIII, setembro de 1946 — Tuberculose miliar — Homero Silveira; Fistula de liquor consequente a fratura de crânio — Silvio Miraglia; Varizes pélvicas em mulher grávida — Guido Hofmann; Focos disseminados de difusão de boubá no Brasil e sua importância sanitária — José Aranha Campos.

Maternidade e Infância, II, III, 3,4, julho-agosto de 1946 — 40 Sinfiseotomias — Dr. J. Dirceu de Andrade; Serviço de ressuscitação — Dr. João Amorim e Ddo. José Carlos Soares Bicudo; Sifiloma do colo e gravidez — Dr. Altair Camargo; Momento da laqueadura do cordão umbelical — Drs. João Amorim, Alberto R. Martinez e Ddo. José Carlos Soares Bicudo; Manobra retal para localizar e libertar a placenta — Drs. João Amorim e David Fermann; Breve atualização sobre o tratamento da sífilis na gestante, pela penicilina — Dr. Vinício de Arruda Zamith; Diagnóstico diferencial entre batimentos fetais e maternos — Drs. João Amorim e David Fermann; Mortalidade Infantil em Santos — Ambrosina Sales e Gomide Ribeiro dos Santos; Organização do Serviço do Leite Humano da Casa Maternal — Maria José Nogueira Porto; Apendicite aguda e parto duplo — Dr. Argeu Murta.

Resenha Clínico-Científica, XV, 10, outubro de 1946 — Vitamina B1 e diabete açúcarado — Vincenzo Bisceglie; A reabilitação da reação direta entre o receptor e o doador de sangue — Leone Lattes; Síntese da evolução verificada na fotografia médica — Jay A. Smith.

Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo, VI, 6, junho de 1946 — Os flegmões do assoalho da bôca e a Angina de Ludwig — Dr. Plínio de Lima; O emprego da eritrina crista-gali no tratamento da coqueluche — Dr. Fortunato Gabriel Giannoni; João Alvares Carneiro — Cirurgião da Pobreza — Dr. José Ayres Netto.

Revista Paulista de Medicina, XXIX, 3, setembro de 1946 — Mortalidade natal e néo-natal nas intervenções obstétricas — Drs. B. Neme, B. Horo e Primo Ruy; Cirurgia dos tumores ósseos — Dr. Orlando Pinto de Souza; Considerações sobre parasitoses e distúrbios intestinais — Drs. Waldemar Sacramento e Mateus M. Romeiro Netto.

São Paulo Médico, XIX, I, 6, junho de 1946 — Contribuição para o Estudo Anatômico dos Nervos da Região Inguinal (Nn. subcostalis, iliohypogastricus, ilioinguinaes e spermaticus externus) — João de Moraes Guerra.

Selecta Chimica, 4, junho de 1946, — Sulfonas Quimioterapeuticamente ativas — Q. Mingoja; Sobre a Pepsina e sua dosagem — K. Neisser e E. Buratti; Aspectos químicos do problema da liberação de histamina dos tecidos — M. Rocha e Silva.

ASSUNTOS DE ATUALIDADE

Paludrina dos Estados Unidos para o Brasil

Primeiras remessas — Notícias recentes dos Estados Unidos informam que estão sendo feitos os maiores esforços no sentido de serem enviadas ao Brasil as primeiras remessas de "Paludrina", uma das mais prodigiosas descobertas da medicina no combate ao impaludismo. Tais remessas destinam-se, inicialmente, ao Serviço Especial de Saúde Pública, para utilização nas áreas palustres do Vale

do Rio Doce, da Bacia Amazonica e nas regiões paulistas assoladas pela malária, de acordo com uma promessa feita pelo dr. James A. Shannon, diretor do Instituto Squibb de Pesquisas Médicas, durante sua visita ao Rio e S. Paulo, por ocasião do I Congresso Interamericano de Medicina.

Resultado de um trabalho conjunto, em que se revelou em toda a sua extensão a colaboração an-

glo-americana durante a última guerra, a Paludrina deve o seu êxito inicial aos trabalhos desenvolvidos pela Escola de Medicina Tropical de Liverpool. No entanto, somente agora, depois de terminado o conflito mundial, começam a ser divulgados êsses resultados.

Um elemento novo surgiu naquelas investigações: o emprego, em escala sem precedentes, de verdadeiras cobaias humanas, isto é, de voluntários, que se ofereciam para receber a inoculação da enfermidade e submeter-se ao tratamento que estava ainda em estudos. Tais provas foram realizadas inicialmente na Grã-Bretanha e na Austrália, colaborando nelas, principalmente, elementos das forças armadas.

A química, conhecida há alguns séculos como o recurso de ação rápida e decisiva, corta a febre mas não cura a enfermidade. Transcorrido algum tempo de ingerida, os ataques voltam a reproduzir-se porque a enfermidade permanece latente, não tendo sido eradicada.

A paludrina, durante os meses em que foi estudada, demonstrou

ser dotada de ação terapêutica superior à de todos os medicamentos que a antecederam, e, o que é mais importante — carecer de toxidez. Corta a febre palustre, extirpa a enfermidade em grande número de casos.

Na América do Norte, foi o Comité de Investigações Médicas do Departamento de Pesquisas e Desenvolvimento Científico dos Estados Unidos quem, nos últimos quatro anos, dirigiu os trabalhos destinados ao estudo e obtenção da paludrina.

Nessa empresa, destacou-se especialmente o dr. James A. Shannon, diretor do Instituto Squibb de Pesquisas Médicas, na qualidade de chefe das secções de estudos e pesquisas dos antimaláricos nos Estados Unidos.

Para o Brasil é deveras importante a notícia que nos chega daquele país sobre a próxima remessa da paludrina, uma vez que não é pequeno o número de trabalhadores que anualmente são incapacitados pelo impaludismo, mas que, infelizmente, assola, sob formas variadas, grande parte do território nacional.

Centro Médico "Dr. Eurico Branco Ribeiro"

Homenagem ao seu patrono — Realizou-se no dia 15 de novembro, às 20 horas e meia, na Santa Casa de Ponta-Grossa, Paraná, uma sessão extraordinária do Centro Médico "Dr. Eurico Branco Ribeiro", destinada especialmente a homenagear o seu patrono, o dr. Eurico Branco Ribeiro, que se achava naquela cidade, onde fora a serviços profissionais.

A reunião compareceu a maioria dos médicos de Ponta-Grossa. A sessão foi aberta pelo dr. Pedro Mascarenhas Ribas, vice-presidente, que, na ausência, por viagem, do presidente dr. Orlando Moro, dirigiu os trabalhos, dizendo inicialmente das finalidades da reunião e passando, depois, a palavra

ao dr. Milton Lopes, para saudar o homenageado.

Foram as seguintes as palavras do dr. Milton Lopes: "Prezado Dr. Eurico. Estamos reunidos para prestar-lhe uma homenagem sincera e leal, uma homenagem sem o sabôr das que se costuma prestar muito hoje em dia e nas quais o objetivo é sempre sutilmente escondido por detrás de um manto denso de desejos inconscientes.

Por ser sincera e por ser leal, nós a prestamos nesta pequena sala que cheira a enfermidade e em que o ambiente hospitalar está presente, como realce de sinceridade, uma vez que o hospital é o reduto sagrado onde a benemerên-

Para a HIPERTENSÃO ARTERIAL:

PHYTOSAL

Medicamento à base de SULFOCIANATO DE POTASSIO, associado a:

Cratoegus oxiacanta, sedativo e antiespasmódico; Passiflora quad., que reforça a ação do Cratoegus; Extrato de pâncreas desinsulinizado, de reconhecida ação vasodilatadora.

É a medicação indicada em todos os tipos da Hipertensão, na Arteriosclerose, nas Cardiopatias hipertensivas, nos Acidentes vasculares e cerebrais das Hipertensões.

VIDRO DE 30 cm³.



NOROFILLINA

(TEOFILINA-ETILENDIAMINA)

Via endovenosa

Via oral

Norofillina s/ glicose:

empôlas de 10 cm.³.

24 ctgs. de teofilina-etilendiamina por empola.

Norofillina c/ glicose:

empôlas de 10 cm.³.

3 empôlas de teofilina-etilendiamina 24 ctgs. cada.

3 empôlas de sôro glicosado hipertônico a 30%.

Norofillina comprimidos:

tubos com 20 comprimidos de 0,10, ctgs. de teofilina-etilendiamina.

A Norofillina pode ser usada só ou misturada com sôro glicosado.

Laboratório TERÁPICA PAULISTA S/A.

Rua Olímpia, 104 — São Paulo

cia e o espírito de abnegação e de filantropia do médico são sempre postos duramente à prova.

Não lhe podemos dar maior prova de sinceridade do que prestando a nossa homenagem neste cantinho onde mensalmente nos reunimos, também, para as nossas divagações científicas e onde o nosso contacto amigo manifesta-se claramente e sem jaça.

Fabio Barros, escreveu: "Que prazer inesprimível é, para nós, conhecer o nosso semelhante, vê-lo intimamente, compreender a sua maneira de proceder, decifrar completamente o mistério do seu coração, mais do que isso, não apenas vê-lo exteriormente mas interiormente, considerando o mundo tal qual ele o considera e de maneira que poderíamos quasi praticamente desempenhar o seu papel discernindo que espécie de homem ele é e as cousas que teve de fazer e das quais vive".

Esse ideal que Fabio Barros deseja e que seria a chave que daria à humanidade a certeza de um mundo melhor, a paz sincera e a compreensão mútua entre os homens, a solidariedade entre os povos, teria razão de ser se todo o universo fôsse formado por homens da ténpera e do feitio moral do nosso homenageado.

Sou contra o elogio desbragado, mas não é elogio que se faz quando reconhecemos qualidades que por serem já bem conhecidas, não necessitam ser ressaltadas, surgem e se manifestam natural e claramente.

Com relação a Eurico Branco Ribeiro, não há necessidade de viver muito intimamente ligado à sua vida para saber quem ele é e o que faz.

Todos sabemos que Eurico Branco Ribeiro fez de toda sua vida um capítulo inteiro de lutas e de Serviço pelo bem coletivo e que a custa de sempre bem Servir, travou luta incessante, de início gigantesca a vista do meio em que a travou.

O nosso homenageado é desses homens que pelo seu trabalho persistente e organizado insinua-se

agradável e insensivelmente e toda conta do coração dos que lhe estão ao redor.

O "Centro Médico Eurico Branco Ribeiro" é uma prova disso.

Surgiu graças à simpatia penetrante e disseminante que seu patrono soube incutir em todos aqueles que o procuraram para que os guiasse. Todos encontraram nele, não o mestre cisudo e cheio de preconceitos, mas o guia amigo, embora austero, que a todos recebeu de braços abertos e dêles tornou-se, desde logo, o colega amigo sempre indiferente aos acenos da fama, procurando sempre guiar com benevolência, serenidade e dedicação.

Graças a todos esses fatores, o círculo de simpatia em torno do seu nome foi estreitando-se cada vez mais até que, completado o círculo, saturado o ambiente de simpatia e de benemerência, surgiu aqui, com maravilhosa espontaneidade este "Centro Médico" que é bem a prova da benquerença em que é tido o seu patrono.

Nada mais justo do que este nome e nada mais justo do que esta homenagem que, por partir do coração é, se não a mais exuberante e grandiosa pelo menos a mais sincera e leal.

Receba pois o prezado amigo e colega as nossas homenagens e o nosso abraço de satisfação por vê-lo embora fugidamente entre nós.

Que a felicidade paire sobre todos os que lhe são caros, são os nossos mais ardentes desejos".

Pedindo a palavra, o dr. Eurico Branco Ribeiro agradeceu como-vi-do a homenagem de que era alvo. Pela primeira vez, disse, tinha a oportunidade de comparecer a uma reunião do Centro Médico que trazia o seu nome e queria repetir agora o que manifestara aos organizadores da sociedade quando foi cientificado da resolução de se inscrever o seu nome no título do Centro. Sempre fôra e continuava a ser contrário a se dar o nome de pessoas vivas a instituições de caráter definitivo, pois sempre se

corre o risco de ver o homenageado desmerecer da honraria conferida. Não quiseram os seus amigos de Ponta Grossa ceder às suas ponderações e isso o havia colocado em uma situação sumamente honrosa, mas também sumamente delicada, pois teria que envidar todos os esforços para não desmerecer e, assim não desapontar os promotores da idéia. E tem tido nisso um motivo constante para se alertar nos momentos de fraqueza e um forte estímulo para prosseguir na faina de honrar o exercício da Medicina, com dedicação, esforços e sacrifícios quotidianos, motivos esses — estava certo — que haviam levado os fundadores do Centro Médico a aliar o seu nome a tão nobre iniciativa, que visava estimular os que praticam a arte e a ciência de curar naquela adiantada cidade paranaense. Real-

mente, Ponta Grossa é um centro de atração e de irradiação situado em posição privilegiada dentro do vizinho Estado sulino e é preciso que a Medicina ali se desenvolva como têm se desenvolvido outros setores das atividades humanas. Assim terminava o seu agradecimento lembrando que se podiam conjugar esforços no sentido de ampliar a biblioteca já existente no Centro Médico e no de organizar jornadas médicas periódicas, com o concurso de médicos das cidades vizinhas e da capital do Estado, promovendo assim um intercâmbio maior entre os profissionais da região ao mesmo tempo que concorreria para o desenvolvimento da sua cultura médica e para o seu aperfeiçoamento técnico decorrente de demonstrações operatórias, trocas de idéias, visitas a hospitais e instituições, etc.

Prêmio de gastroenterologia

Premio anual de 1947 — A National Gastroenterological Association anuncia a instituição de um premio para 1947. Um premio de 100 dollars e um Diploma de Merito serão conferidos à melhor contribuição inédita de Gastroenterologia ou assuntos relativos. Serão concedidos Diplomas também aos médicos cujas contribuições sejam julgadas de algum valor.

Concurrentes que moram nos Estados Unidos da América do Norte precisam ser membros da American Medical Association. Os estrangeiros devem ser membros de uma organização similar em seu país.

O julgamento do melhor trabalho apresentado será feito por uma comissão de juizes imparciais e a publicação do vencedor será feita no Banquete anual da Convenção da National Gastroenterological Association em junho de 1947.

Todos os trabalhos devem limitar-se a 5.000 palavras, em inglês, preparadas em manuscrito, cinco copias que devem vir acompanhadas de uma carta até 1 de abril de 1947.

Toda a correspondência deve ser enviada à National Gastroenterological Association, 1819 Broadway, New York, 23, N. Y.

CLINICA ROENTGEN

RADIODIAGNÓSTICO

Exames radiológicos em domicílio



Dr. Raphael de Lima Filho
Pedro Cabello Campos

Av. Brigadeiro Luiz Antônio, 644 * Fone 2-5831 * São Paulo

Biblioteca Médica do Exército norte-americano

A sua reorganização e as suas obrigações futuras — A segunda guerra mundial foi a prova não só dos nossos exércitos sobre muitas frentes mas também das nossas grandes instituições nacionais. A maneira em que a nossa Biblioteca Médica do Exército tem servido, a maneira em que esta tem cumprido as responsabilidades aumentadas de guerra, se relaciona diretamente com a posição que esta biblioteca terá no mundo do futuro, um mundo de progresso contínuo em conhecimentos médicos com a demanda de estudos adicionais na ciência médica.

A Biblioteca Médica do Exército tem respondido às demandas do período da guerra de modo sobresalente. A urgência da ocasião tem trazido à luz um sem-número de recursos desconhecidos que existem na coleção; serviços que no passado tinham sido duma natureza incidental agora se reclamaram e se esperaram como direito estabelecido desde há muito tempo. Para fazer frente com a necessidade crescente da profissão para conseguir uma assistência de investigação melhorada foi necessário fazer muitas alterações na organização da Biblioteca.

Ao princípio do ano 1943, uma comissão promovida por a "American Library Association" e com fundos ministrados por a Fundação Rockefeller levou a cabo um estudo intensivo da Biblioteca e das suas atividades. Esta comissão, sob a presidência do Sr. Keyes D. Metcalf da Biblioteca de Harvard University, apresentou uma série de recomendações, com previsão suficiente para oferecer uma reorganização apropriada para as necessidades futuras. Entre estas recomendações, as mais urgentes foram a necessidade dum edifício novo para substituir o reduzido local em que se encontra a Biblioteca que tem estado instalado nesse edifício desde 1887, e a

aquisição de pessoal especializado, organizado para a sua melhor função.

O Diretor da Biblioteca, o Coronel Leon L. Gardner, e o Bibliotecário, o Sr. Wyllis E. Wright, com o novo pessoal recentemente reorganizado, estão trabalhando para levar a cabo as recomendações da comissão de estudo. O pessoal desta organização se tem aumentado desde 1943 ao presente de 58 a 150, e pela sua preparação e a sua habilidade faz justiça a uma instituição grande.

Um dos obstáculos aos esforços do pessoal para prestar serviço tem sido os registos inadequados. Uma lista de inventário das coleções completas de monografias e de publicações periódicas da Biblioteca tem sido preparada. Se está preparando uma lista da coleção de folhetos. Estas listas estão sendo fotoduplicadas e pronto haverá uma lista completa em ordem alfabética de todas as pertencas da Biblioteca.

A Biblioteca tem tido a fortuna de fazer-se pessoal competente que, ainda que não é suficiente em número, pode atender as demandas importantes que se apresentam.

O serviço de fotoduplicação se generalizou grandemente durante a guerra. Muitos doutores que regressam à vida civil solicitam este serviço com maior frequência. Durante o ano passado, se pôs à disposição dos membros da profissão em todas as partes do mundo, 557,102 pés de microfilm que representam seis milhões de páginas de literatura médica.

Além de publicar o "Index-Catalogue", reconhecido pelo mundo inteiro como a mais grande bibliografia médica, a Biblioteca recentemente tem começado um novo serviço suplementário, The Current List of Medical Literature. Este livrete, que anteriormente era publicado por "Friends of the Army Medical Library", passou a

ser uma publicação oficial da Biblioteca em agosto último. The Current List of Medical Literature é uma publicação semanal que oferece um método rápido para o doutor ficar em contacto com os progressos médicos mundiais. The Army Medical Library News, uma publicação mensal, informa à profissão de atividades atuais e serviços que estão disponíveis na Biblioteca.

A coleção da Biblioteca atualmente inclui 513 incunábulo médicos. De algumas obras tem o único exemplar em existência. Se registram regularmente mais de 4.000 publicações periódicas. Para manter estas coleções em dia, a Biblioteca tem um programa muito extenso de aquisições. Durante o 1946, a meta é obter 60.000 publicações adicionais à coleção de 1.000.000 que tem atualmente. Esta riqueza em literatura médica serve como a autoridade suprema para o cientista consciente que possa necessitar ajuda nos seus estudos onde quer que esteja.

A Biblioteca tem interesse particular em ter representação completa de toda a literatura médica nacional das Américas na sua coleção. Continuamente solicita informação com respeito a coleções privadas em existência que possam ser de interesse. Também está

grandemente interessada em permutar com outras bibliotecas as milhares de duplicatas de publicações recentes dos Estados Unidos por publicações de origem Latino-americano.

O projeto de reorganização não pode efetuar-se no local tão reduzido que ocupa a Biblioteca atualmente. As palavras da comissão investigadora sobressaltam em letras maiúsculas no informe impresso, "Um novo edifício é uma necessidade absoluta". Se têm feito planos para este edifício tomando em consideração os últimos adiantamentos na organização de bibliotecas modernas. O sítio foi selecionado, ao lado da Biblioteca do Congresso em "Capitol Hill", onde a Biblioteca será acessível aos estudantes de todas partes do mundo.

O Major General Norman T. Kirk, o Surgeon General do Exército, em uma declaração recente, descreveu o futuro da Biblioteca Médica do Exército e o seu novo edifício como parte do plano de após-guerra do Departamento médico. Se está fazendo todo o possível para que estes planos sejam um êxito. Esta Biblioteca grande de estudo médico tem que continuar aumentando e interpretando as suas coleções para ajudar o progresso médico.

Professor Pedro Belou

O governo da Argentina em data de 11 de outubro, p. passado resolveu aceitar a renúncia que, em caráter irrevogável, lhe apresentou o prof. Pedro Belou a 23 de agosto, do cargo de Diretor do Instituto de Anatomia da Faculdade de Medicina de Buenos Aires.

O dr. Carlos Bergara, delegado interventor, em nota que enviou ao prof. Pedro Belou sobre o assunto, expressa o agradecimento daquela casa de ensino, pelos importantes serviços prestados a ela durante longo período de tempo, pois que ele se afasta da docência da escola depois de 33 anos de atuação.

Seus trabalhos científicos no país e no estrangeiro lhe valeram inúmeras distinções, entre as quais temos a destacar o primeiro prêmio Centenário de la Academia de Medicina (1922), o prêmio Testut da Academia de Paris (1930) da qual era membro correspondente, e o primeiro prêmio nacional de ciências médicas (1936). Publicou já importantes trabalhos sobre a sua especialidade.

O ilustre anatomista espera realizar em breve uma viagem aos Estados Unidos, Inglaterra, França e Suécia, a convite de algumas das maiores instituições científicas desses países.

Esclarecimento

Localização apendicular do trico-céfalo — Pede-nos o académico Oswaldo Paulo Forattini, autor do trabalho publicado em novembro de 1946 sobre um caso de localização apendicular do Tricocephalus

trichiurus, para esclarecer que ele ainda não deixou os bancos da Faculdade de Medicina, não possuindo, portanto, o título de médico, que a nossa escola confere.

LITERATURA MÉDICA

Livros recebidos

Tracción Esquelética — Carlos E. Ottolenghi — Editorial El Ateneo, (Florida, 340), Buenos Aires, 1946.

O Prof. Ottolenghi publicou neste último mês, mais um livro, sob o título "Tracción Esquelética", com 722 páginas de texto, magnífica impressão e ótimos clichés. O volume compreende duas divisões principais: I Parte Geral, e II Parte Especial. Na primeira faz o A. um exaustivo, longo e minucioso estudo do material utilizado na tração esquelética e seus efeitos. Inicia pelo desenvolvimento histórico do processo terapêutico, hoje tão generalizado na Ortopedia, servindo-se das publicações originais; refere os meritos de Codivilla, Steinmann e outros e assinala em traços nítidos e salientes, em bom estilo, a origem e evolução do método. Em seguida a "Extensión continua" é analisada em seus princípios e seus antigos procedimentos, para depois enumerar pormenorizadamente noutro capítulo o "Instrumental para efectuar la tracción esquelética".

Se possível algum destaque, anotaríamos este capítulo e mais o quarto, "Estudios experimentales sobre el efecto de la T. E.", como os mais interessantes e originais, onde o A. demonstra a sua reconhecida formação técnico-científica, no esforço dispendido em próprias pesquisas, pelo esmiuçamen-

to de detalhes, no rigor da análise e na execução de bem orientados métodos de experimentação. A "Reacción de las partes blandas y del hueso ante la T. E.", "Efectos de la T. E. sobre el hueso", "La T. E. en los niños" e "Técnica para lá aplicación de la T. E.", são os outros capítulos da parte geral em que, principalmente no último, toma-se conhecimento do mais necessário e útil numa exposição fácil e fluente, sem terem sido esquecidas as indicações e contra-indicações do método.

A parte geral do livro seria o domínio do especialista, porque aí estuda o A., em profundidade, com rigor de pesquisa científica, os fundamentos da tração esquelética, enquanto que na parte especial discrimina suas aplicações práticas.

Nesta parte especial, que ocupa um pouco mais da metade do volume, o desenrolar do assunto é sugestivo, de fácil apreensão, preciso e completo sem ser fastidioso, muito bem documentado e muito útil pela concretização de observações pessoais.

Cada um dos segmentos dos membros e vários tipos de fraturas são enumerados, demarcando-se a possível utilidade da tração esquelética e os seus resultados, em rápido esboço crítico, apoiado na sua própria experiência e em erudita bibliografia. Termina por estudar a aplicação do método nas fratu-

D E X T R O S O L

(Glucose - d)

"DRENA AGUA DOS TECIDOS PARA A CIRCULAÇÃO, ELIMINANDO EDEMAS, AUGMENTANDO O VOLUME SANGUÍNEO E PROMOVENDO A DIURESE"

E. MEYER - (*Usos Therapeuticos das Injecções Endovenosas de Soluções de Glucose*) Zentralb. f. Klin. Med. 102:343, 1925. Abst. J. A. M. A. 86.521, 1929.

REFINAÇÕES DE MILHO, BRAZIL S/A.

CAIXA, 151-B
SÃO PAULO

CAIXA, 3421
RIO DE JANEIRO



"Anatomia Quirurgica"

PROF. G. LATIMER GALLANDER

Neste livro se estuda em primeiro lugar a anatomia do órgão ou da região e se expõe a sua aplicação cirúrgica.

Os principios e a anatomia das intervenções mais frequentes são tratadas com toda a minúcia e os tempos operatórios sucessivos são expostos com o auxilio de profusas ilustrações. A obra foi concebida com o proposito de indicar as vias de acesso cirúrgico ao processo patológico que deve ser extirpado ou corrigido.

A maioria das ilustrações são desenhos originaes de peças dissecadas.

E' um livro de 947 páginas, ilustrado com 819 gravuras.

A venda nas principais livrarias do país.

SALVAT EDITORES S. A.

Distribuidor: Antonio Muñoz, Calle Lavalle, 371 — Buenos Aires, Argentina

ras expostas, nas fraturas da coluna vertebral, bem como das suas possibilidades práticas, em capítulos bem resumidos sobre "Luxações no traumáticas de la cadera", "Alargamiento del miembro inferior", "Retracciones articulares en flexión".

Não é livro que se possa analisar como merece, numa notícia bibliográfica. Os cirurgiões e ortopedistas muito terão a lucrar com a sua leitura, não só pelo interesse prático do tema, como pela autoridade do A.

O Prof. C. E. Ottolenghi apresenta em "Tracción Esquelética" uma ampla visão de conjunto da especialidade, só acessível aos que têm larga experiência e sólida erudição. — Mário de Abreu.

Anatomia quirúrgica — C. Latimer Collander, edição espanhola de Salvat, Barcelona, 1946.

Entre as grandes iniciativas da Editorial Salvat, conta-se com a aquisição dos direitos autorais, conferidos em inglês para a W. B. Saunders Co., da obra do prof. Collander para as edições em castelhano. Realmente, fazendo um livro em que expõe a Anatomia e imediatamente a sua aplicação cirúrgica, o A. fez uma obra prática de condensação de dois livros em um só, numa estreita continuidade de assuntos. E', pois, uma obra de alcance prático, facilmente utilizável nestes dias afobados que correm. O A. apresenta em primeiro lugar a anatomia do órgão e da região e logo em seguida expõe amplamente a sua aplicação cirúrgica, detendo-se em detalhes nas intervenções mais frequentes. Os vários tempos operatórios são descritos e ilustrados com minúcia e clareza, caracterizando o espírito prático que presidiu à confecção da obra. O volume contém perto de 950-XX páginas, com 819 ilustrações.

Tratamento cirúrgico da tuberculose pulmonar na grávida — Aresky Amorim, Editora Científica (rua do Ouvidor, 145), Rio, 1946.

84)

Num volume de 220 páginas, elegantemente confeccionado em magnífico papel, o dr. Aresky Amorim apresenta o excelente trabalho com que conquistou um lugar na Academia Nacional de Medicina, do Rio, na vaga deixada pelo falecimento de Fernando Magalhães. Diz o relator da Comissão que aprovou o trabalho: "O escrito é vasado em linguagem clara e em bom vernáculo; nota-se método, clareza e orientação na exposição do tema; no ponto de vista doutrinário, o A. está positivamente em dia com as aquisições científicas; além disso, o trabalho revela notável contribuição pessoal; nele registam-se numerosas observações de frenicestomias, de pneumolise intrapleural, de pneumolise extrapleural, a qual o A. declara só adotar como operação prévia da toracoplastia, da qual apresenta 18 observações, informando, a propósito destas últimas, ser a maior experiência clínica que se publica; há, também, contribuição do A. na colapsoterapia bilateral na grávida; a documentação radiológica é extensa e ilustra grandemente o trabalho, que contém 76 figuras muito expressivas". Esta síntese dá bem idéia do alto valor da monografia do destacado especialista, cujo renome já ultrapassou os limites do país. E tanto assim é que o prof. Luis Soyé, de Buenos Aires, escreveu um prólogo para o livro, salientando o seu alto valor. E' assim, mais um paulista que, com o seu intenso labor dispendido na profissão na capital do país, vem se firmando na literatura nacional com trabalhos de grande repercussão.

Physiologie pathologique et traitement chirurgical des maladies artérielles de la vaso-motricité — R. Leriche, Masson & Cie. (120, Boulevard Saint-Germain), Paris, 1945.

René Leriche, ultimamente professor do Colegio de France, apresenta agora um apanhado geral sobre as idéias por que se vinha batendo com respeito à doenças arteriais. Problemas de grande atualidade são expostos com a cla-

reza e precisão, de maneira a orientar o leitor em questões ainda possíveis de discussão. Iniciando o livro com um capítulo sobre o espírito de terapêutica na cirurgia, passa logo às leis da patologia arterial, desde as capilares e entra a seguir no exame das diversas condições mórbidas, a começar pelas produzidas pelo calor e, pelo frio, as de origem traumática, a moléstia vaso-motora posoperatória, o espasmo das grandes artérias, a doença de Raynaud, as cefaléias, a hipertensão arterial, a eritromelalgia, os aneurismas, etc. A revisão geral abrange um total de mais de 300 páginas com várias ilustrações. É digna de leitura uma apreciação geral do assunto pela palavra autorizada de René Leriche.

Clínica da vesícula e dos canais biliares — Samuel Weiss, edição portuguesa da Editora Gertum Carneiro, (Rua México, 128), Rio, 1946.

Com a colaboração de Ernest Smith em radiologia e de Harry Eberhard em intubação duodenal, o prof. Samuel Weiss, de Nova York, apresenta um excelente manual de clínica da vesícula biliar e das vias biliares principais, cujos méritos são de tal monta que autorizaram a louvável iniciativa da Editora Gertum Carneiro, do Rio, de publica-lo em português, numa aprimorada apresentação gráfica. Trata-se de uma obra essencialmente clínica, escrita por um especialista em vias biliares possuidor de alto senso prático, tanto que organizou interessantes quadros, que facilitam o diagnóstico diferencial das várias afecções do quadrante superior direito do abdome. A tradução foi caprichosamente feita pelo dr. Vilar do Vale e as 125 figuras fielmente reproduzidas do original norte-americano. O volume tem 500 páginas.

A Tireóide — Hilio de Lacerda, edição do Autor, S. Paulo, 1946.

Iniciando uma série de volumes consagrados à "Endocrinologia

Elementar", o A. apresenta um volume de pouco mais de 150 páginas em que encara os problemas da fiso-patologia da glândula tireoide. O volume é dedicado à veneranda figura de João Batista de Lacerda, que foi o pioneiro da investigação experimental no Brasil, tendo estudado o curare, a peçonha ofídica e a febre amarela no Laboratório de Biologia do Museu Nacional, de que foi diretor. O presente volume é um apanhado das aulas sobre tireoide dadas no curso para médicos organizado pelo Instituto Paulista de Endocrinologia. O livro é dividido em duas partes: uma compreende o histórico e a anatomia e fiso-patologia da tireoide e a outra a parte exclusivamente clínica, baseada nos conhecimentos expendidos na primeira e na observação da casuística pessoal do Autor. O volume contém pouco mais de 150 páginas com documentação própria e desenhos originais executados pela sta. Ruth Ehrmann. O trabalho gráfico foi devido à São Paulo Editora S. A. e muito recomenda essa tipografica por confirmar o esmero com que apresenta os seus trabalhos. Este reparo, apenas: o autor, que se diz principalmente influenciado pela literatura norte-americana a respeito, adotou a grafia "tiroide" usual na língua inglesa, desprezando a grafia "tireoide" mais consentanea com a etimologia do vocábulo e quasi que universalmente usada no Brasil.

El abdomen quirúrgico en el niño — Emilio Raviralta, Salvat Editores, Barcelona, 1946.

Num volume de 338 páginas, o autor apresenta um magnífico estudo dos principais problemas cirúrgicos de interesse para o pediatra, o que faz o seu livro ser de utilidade tanto para o médico de crianças como para o cirurgião geral, este nem sempre devidamente familiarizado com as contingências operatórias da tenra idade. O mesmo se dirá quanto ao internista, que também pode não estar acostumado a encarar os problemas do abdome agudo

na creança. Este livro contém as normas de conduta mais aconselháveis para os que se encontrem à cabeceira de uma creança com abdome cirúrgico. Em 39 capítulos, o A. expõe outras tantas afecções que exigem a presença do cirurgião junto a um doentinho. Farta documentação pessoal principalmente de ordem radiológica, ilustram este excelente livro.

A charter for Health — John Boyd Orr e colaboradores, George Allen & Unwin Ltd. Londres, 1946.

Sob os auspícios da British Medical Association, uma comissão de médicos e educadores sob a chefia de John Boyd Orr organizou e fez publicar um excelente livrinho, que é um verdadeiro catecismo da saúde e destinado a dar orientação sobre a boa maneira de viver. Os preceitos aconselháveis de alimentação, de recreação, de medicina preventiva, de convivência no lar e fora dele, etc., são apreciados com detalhe, em linguagem ao alcance da compreensão de qualquer leitor. Algumas ilus-

trações muito sugestivas aumentam o valor do livro, que está dividido em 13 capítulos e tem perto de 100 páginas.

Las metrorragias — J. Roura Rosés, Salvat Editores, 2.ª edição, Barcelona, 1946.

Eis aí um tema de interesse constante: são tão frequentes e têm tão variada origem as metrorragias que um livro de feitura prática como este exigiu logo, dentro do próprio ano da 1.ª tiragem, uma segunda edição para atender às solicitações feitas às livrarias. Num total de 170 páginas, em que se notam algumas ilustrações, o A. encara as diversas eventualidades em que ocorre a hemorragia uterina e apresenta a orientação terapêutica adequada para cada caso. Questões de nomenclatura são também apreciadas com propriedade. É um livro útil e faz parte da excelente coleção de Manuais de Medicina Prática, que a Salvat Editores vem publicando com tanto sucesso.

Teses recebidas

Ueber einen Fall von traumatischem Aneurysma der Bauchorta bei einem 4 jährigen Knaben, Hans Meior, Basel, 1942.

Osteomalacie und hypochrome Anaemie nach Magenresektion, Charlotte Sarasin, Basel, 1941.

Kongenitale Epithelshchwäche der großen Gallenwegw: Atresie, Ziste, Wolfgang Zehntner, Basel, 1942.

Maligne Hodentumoren, Rudolf Bosshart, Basel, 1942.

Statistisches über Ulcus ventriculi und duodeni, Max Fuchs, Basel, 1942.

Das klinische Bild der interstiellen plasmacellulären Pneumonie des Säuglings, Ernst Hug, Basel, 1942.

86)

Veränderungen des Blutchemismus beim Kaninchen als Ausdruck der Leberschädigung durch O — Amidoazotoluol, Georges Klurfeld, Basel, 1946.

Die klinische von Percorten bei der Coeliakie, Mathilde Regina Kraft, Basel, 1942.

Cholin-esterase in menschlichen Organen mit innerer Sekretion, Heinrich Langemann, Basel, 1942.

Wirkung einiger neuer kreislaufaktiver Pharmaka am Starling-Präparat, Friedrich Hatt, Basel, 1941.

Beiträge zur Kenntnis des Lupus erythematoses, Marianne Pflugfelder, Basel, 1942.

Contribution à l'Etude des Hémiopsies, Lucien Rosen, Bâle, 1942.

Untersuchungen über Krankheitsverlauf und Familienbild bei schizkresistenten Schizophrenen, Selma Siegfried, Basel, 1942.

Die Extraktion des Bilirubins aus Blutserum und ihre klinische Verwendung, Oswald Wiss, Basel, 1942.

Ueber septische Rachenentzündung, Leni Wolff-Wiesinger, Basel, 1942.

Klinische Erfahrungen mit Irgamide als lokalen Chemotherapeutikum in der Zahnheilkunde, Kurt F. v. Sury, Basel, 1942.

Piorrea Alveolare, Giuseppe Epinger, Basel, 1942.

Untersuchungen über die analgetische Paste nach Prof. Flexer, Otto Fassbind, Basel, 1942.

Ueber Vagusgeschwulste, Adolf Brugger, Basel, 1942.

Das Stadtarztamt zu Basel, Werner Bubb, Basel, 1942.

Herzstörungen nach elektrischem Trauma, Dr. sc. nat. Richard Dötsch, Basel, 1942.

Systematische Untersuchungen über das Vorkommen der einzelnen Tuberkelbazillentypen in ope-

rativ entfernten Bauchlymphknoten, André Ebstein, Basel, 1942.

Zusammenfassende Uebersicht über Technik und Resultate der chemischen Hornhauttätowierung, Dora Fassbind = Knapp, Basel, 1942.

Über traumatische Apoplexie mit besonderer Berücksichtigung der Frage der traumatischen Spatapoplexie, Rudolf Guhl, Basel, 1942.

Der Heutige Stand unserer Kenntnisse über das Thalamussyndrom, Erich Heinze, Basel, 1942.

Inaugural - Dissertation, Victor Hirzel, Basel, 1942.

Bedeutung der Nebennieren-Verletzungen und-Blutungen für die Unfallmedizin, Othmar von Matt, Basel, 1942.

Über die Beziehungen der Pseudologia phantastica zu den schizophren Psychosen, Sophie Müller, Basel, 1942.

Vergleichende Untersuchungen über die Wirkungen von coramin coffein und pervitin auf psychische und physische leistung des ermüdeten und nichtermüdeten menschen, Béla Pellmont, Basel, 1942.

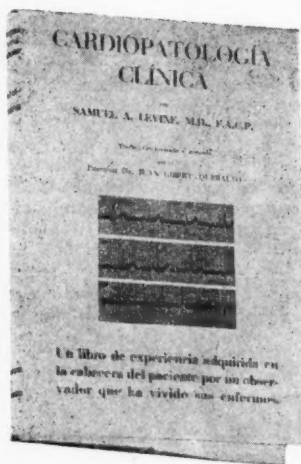
Zur Frage der Berechnung der Schwangerschafts-Dauer aus der Kindeslänge, Hans-Jürg Rath, Basel, 1942.

HEXAMYO - iodo em gotas

DR. SYLVIO COSTA BOOCK

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

RUA MARCONI, 48 - 3.º ANDAR - APART. 34 — FONES: 4-7744 E 8-5445



Cardiopatología Clínica

por

SAMUEL A. LEVINE

Primeira Edição Espanhola traduzida da terceira edição inglesa, revista e anotada pelo prof. Dr. Juan Gilbert — Catedrático de Patología Médica da Universidade de Barcelona.

Um livro de experiência adquirida à cabeça do doente por um medico que viveu a vida dos seus enfermos. Em todo o livro do Prof. Levine se sente perfeitamente o aroma de quem viveu a vida do "seu paciente". Sua reconhecida experiência na patologia cardiovascular deixa em toda a descrição um selo inconfundível de sua personalidade de observador.

Um tomo de 557 paginas profusamente ilustrado.

À venda nas principais livrarias do país.

SALVAT EDITORES, S. A.

Distribuidor: Antonio Muñoz, Calle Lavalle, 371 — Buenos Aires, Argentina

Pasteur, o intruso genial

por

J. MIRALTA

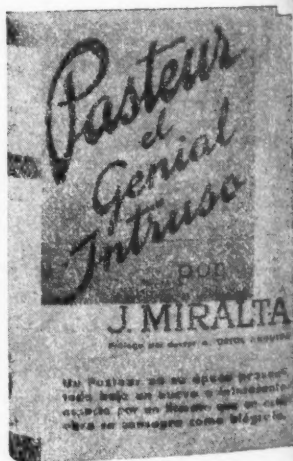
Um Pasteur em sua época apresentado debaixo de um novo e interessante aspecto por um literato que nesta obra se consagra como biógrafo.

Um tomo em oitavo, de 364 paginas, esmeradamente impresso, ilustrado com 44 laminas fóra de texto.

À venda nas principais livrarias do país.

SALVAT EDITORES, S. A.

Distribuidor: Antonio Muñoz, Calle Lavalle, 371 — Buenos Aires, Argentina



r-
lo
a-
a.
à
te
lo
ci-
la
x-
ci-
n-
b-
a-
is.

ma

na